

KOHTI RAKENTEISTA KIRJAAMISTA



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssan toimipiste, 17.5.2010

Pirjo Hakala

Hoitotyön koulutusohjelma
Forssa

Työn nimi Kohti rakenteista kirjaamista

Tekijä Pirjo Hakala

Ohjaava opettaja Leena Ahonen

Hyväksytty _____._____.20_____

Hyväksyjä

FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijä	Pirjo Hakala	Vuosi 2010
Työn nimi	Kohti rakenteista kirjaamista	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana on eräs eteläsuomalaisen perusterveydenhuollon vuodeosasto, jossa eNNI-hankkeen myötä uudistetaan hoitotyön kirjaamisen käytäntöä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa ja kuvailla osaston nykyistä kirjaamisen toimintatapaa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitotyön prosessin näkymisestä osaston sen hetkessä kirjaamistavassa, hoitotyön kirjaamisen sisällöstä, hoitotyössä tarvittavan tiedon saannin lähteistä, Effica-lomakekannan käytöstä sekä siitä, miten kirjattua tietoa hyödynnetään. Tiedon avulla hoitohenkilökunta pystyy arvioimaan ja kehittämään kirjaamisen toimintatapaa siirryttäessä rakenteiseen kirjaamiseen sekä suunnittelemaan kirjaamiseen liittyviä mahdollisia muutoksia ja koulutustarvetta. Potilastietojärjestelmien yhteensopivuus tulaa takaamaan keskeisillä, rakenteisilla hoitotiedoilla, jolloin potilaan hoito kuvataan hoidollisen päätöksenteon vaiheiden kautta. Tällöin on hoitotyön prosessin ymmärtäminen tärkeää.

Aineisto kerättiin teemahaastattelumenetelmällä. Haastatteluun osallistui 4 sairaanhoitajaa ja 4 perushoitajan nimikkeellä olevaa perus- tai lähihoitajaa. Aineiston analysoinnissa käytettiin deduktiivista lähtökohtaa ja analyysi jatkui induktiivisella sisällön analyysillä. Tulosten mukaan potilaan tullessa osastolle hoitajat kirjasivat tiedot hyvin. Myös hoitotyön toteutusta kirjattiin kattavasti. Hoitotyön suunnittelun sekä hoitotyön arvioinnin kirjaaminen koettiin joissain tapauksissa vaikeaksi ja puutteelliseksi. Kirjattua tietoa käytettiin eri tavoin hoitotyössä, mutta sitä ei aina pystytty hyödyntämään riittävästi. Hoidon suunnitteluun ja arviointiin tarkoitettun tilan puuttuminen ja kirjaamisen riittämättömyys koettiin kirjaamista estävinä tekijöinä.

Kehittämiskohteena on hoitotyön prosessin mukaiseen kirjaamiseen perehtyminen, tällöin rakenteiseen kirjaamiseen olisi helpompi tulevaisuudessa siirtyä.

Avainsanat Hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön prosessi, rakenteinen kirjaaminen, tiedon merkitys.

Sivut 44 s, + liitteet 11s.

FORSSA
Degree Programme in Nursing

Author	Pirjo Hakala	Year 2010
Subject of Bachelor's thesis	Towards Structured Documentation	

ABSTRACT

This final thesis was commissioned by a primary health care ward in southern Finland, in which the recording practice relating to nursing work is being upgraded in compliance with the eNNI project. The purpose of the final project was to chart and describe the ward's present recording procedure. The aim was to produce information on the content of the recording of nursing work, on how the nursing process is presented in the recording of nursing work, on the sources of information required in nursing, and on how the recorded information is utilised. By means of the information, the nursing staff is able to assess and improve the recording procedure, when switching to structured recording. They are also able to plan possible changes and their own need for training relating to recording. The compatibility of patient information systems will be guaranteed by using essential, structured treatment data describing the patient's treatment through the phases of therapeutic decision-making. For this, it is important to understand the nursing process.

The material was gathered using the theme interview method. Four registered nurses and four practical nurses or care assistants working under the title of practical nurse took part in the interview. The material was analysed from deductive point of departure, and the analysis was continued by means of inductive content analysis. According to the results, the nurses recorded the data well, when the patient entered the ward. The implementation of nursing work was also recorded comprehensively. In some cases, the recording of the nursing work's planning and assessment were experienced as difficult and inadequate. The recorded information was used in nursing work in many ways, but it could not always be utilised to sufficient extent. Lack of space for the planning and assessment of nursing and insufficiency of recording were experienced as factors preventing recording.

A development target is familiarisation with recording complying with the nursing process, which would make it easier in the future to structured recording.

Keywords Recording of nursing work, nursing process, structured recording, meaning of information.

Pages 44p + appendices 11p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	2
2.1	Sähköinen potilaskertomusjärjestelmä	2
2.2	Hoitotyön prosessi kirjaamisen jäsentäjänä	3
2.2.1	Hoitotyön tarpeen määrittäminen	4
2.2.2	Hoitotyön suunnittelu	4
2.2.3	Hoitotyön toteutus	5
2.2.4	Hoitotyön arviointi	6
2.3	Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen	6
2.4	Hoitotyön hyvä kirjaaminen.....	7
2.4.1	Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen.....	7
2.4.2	Kattava kirjaaminen.....	8
2.4.3	Selkeä kirjaaminen	8
2.5	Kirjatun tiedon käyttö hoitotyössä	8
2.6	Sähköistä kirjaamista ohjaava lainsäädäntö	9
3	ENNI-HANKE JA HOITOTYÖN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN	12
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	14
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	15
5.1	Haastateltavien valinta	15
5.2	Aineiston keruu	15
5.3	Aineiston analyysi	16
5.4	Opinnäytetyöhön liittyvät eettiset kysymykset	16
6	TULOKSET	18
6.1	Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen	18
6.1.1	Tulotilanteen kirjaaminen.....	18
6.1.2	Hoitotyön suunnittelun kirjaaminen	19
6.1.3	Hoitotyön toteutuksen kirjaaminen	21
6.1.4	Hoitotyön arvioinnin kirjaaminen	22
6.2	Kirjatun tiedon käyttö hoitotyössä	25
6.2.1	Tiedon lähteet	25
6.2.2	Tiedon hyödyntäminen hoitotyössä.....	26
6.2.3	Tiedonkulku.....	27
6.3	Kirjaamista ja sen hyödyntämistä estävät tekijät	30
6.3.1	Kirjaamiseen varatun tilan puuttuminen	30
6.3.2	Riittämätön kirjaaminen	31
6.3.3	Tiedon hyödyntämisen ongelmat	32
7	POHDINTA.....	35
7.1	Opinnäytetyön luotettavuus.....	35
7.2	Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset	36

Liite 1	Ohjeistus hoitotyön prosessin mukaisesta kirjaamisesta
Liite 2	Malli hoitotyön suunnitelmasta
Liite 3	Esimerkki kirjaamiskäytännöstä hoitotyön prosessin mukaisesti
Liite 4	Kaavio alkutilanteen ja päivittäisen kirjaamisen kirjaamisen etenemisestä
Liite 5	Vuodeosasto hoitosuunnitelma -lomake
Liite 6	Ilmoittautuminen haastatteluun
Liite 7	Teemahaastattelun runko
Liite 8	Tiedote haastateltavalle henkilölle
Liite 9	Haastateltavan suostumus
Liite 10	Elämisen toiminnot -lomake
Liite 11	Mittaustulokset-lomake

1 JOHDANTO

Kirjaaminen on keskeinen osa päivittäistä hoitotyötä. Potilaan yksilöllinen hoitaminen edellyttää häntä koskevan tiedon sujuvaa ja turvallista käyttöä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 11, 13.) Sähköiset järjestelmät ja sähköinen kirjaaminen tuovat hoitotyön käytäntöön monia mahdollisuuksia. Näitä hyödyntämällä voidaan hoitotyön päätöksentekoa ja näkyvyyttä sekä lisätä että kehittää. Tämä vaatii kirjaamisen kehittämistä laadun tarkkailua ja sen kehittämistä. Jälkikäteen voidaan hoitotyön päätöksentekoa tarkastella ainoastaan kirjausten ja muiden potilasasiakirjojen tietojen kautta. (Lungrèn-Laine & Salanterä 2007, 32.)

Hoitotyön monet kansalliset järjestöt sekä WHO ovat esittäneet, että hoidollisen päätöksenteon prosessimalli tulee näkyä hoitotyön kirjaamisessa (Sonninen, Ikonen 2007, 75). Hyvä hoitotyön kirjaaminen edistää potilaslähtöistä hoitotyötä, suunnitelmallisuutta, tavoitteellisuutta sekä juridista oikeellisuutta (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 314). Hoitotietojen kirjaamisen tulee noudattaa lisäksi erilaisia lakeja ja asetuksia. Näin taataan muun muassa potilaan tiedonsaantioikeus, varmistetaan tarpeellisen, ajantasaisen ja virheettömän tiedon saanti sekä turvataan potilaan oikeudet. (Saranto 2007, 18.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tuli voimaan 1.7.2007. Tavoitteena oli, että hoitotyön kirjaamisen tuli siirtyä sähköisiin potilasasiakirjoihin vuoden 2007 loppuun mennessä (Lungrèn-Laine & Salanterä 2007, 30.) Lain mukaan kaikkien julkisten terveydenhuollon palvelujen antajien tulee liittyä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi vuoteen 2011 mennessä (FINLEX 2007/159). Potilastietojärjestelmien yhteensopivuus ja yhteiset toimintamallit taataan valtakunnallisilla keskeisillä hoitotiedoilla eli ydintiedoilla, jotka kirjataan rakenteisesti. (Saranto & Sonninen 2007, 13).

Vuonna 2008 käynnistyi eNNI-hanke (electronic Documentation of Nursing Care-the R&D Project for Creation of Nursing Informatics Competence in cooperation between education and working life), joka on valtakunnallinen hoitotyön sähköisen, rakenteisen kirjaamisen osaamista edistävä hankekokonaisuus. eNNI-hankkeen yhtenä tarkoituksena on juurruttaa rakenteinen kirjaamistapa työyhteisöihin. (Ikonen, Rajalahti & Ahonen 2009, 3–4.) Uuden osaamisen tuottamisen ja uusien työskentelytapojen käyttöönoton tueksi tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli eräällä perusterveydenhuollon vuodeosastolla kartoittaa ja kuvailla hoitajien käsityksiä nykyisestä kirjaamisen toimintatavasta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitotyön prosessin näkymisestä osaston sen hetkisessä kirjaamistavassa, hoitotyön kirjaamisen sisällöstä, hoitotyössä tarvittavan tiedon saannin lähteistä, Effica-lomakekannan käytöstä sekä siitä, miten kirjattua tietoa hyödynnetään. Kuvauksen tarkoituksena on tukea rakenteisen kirjaamistavan juurruttamista työyhteisöön. Sähköistä kirjaamista tutkittaessa oli etuna, että sitä oli suoritettu jo vuosien ajan. Näin sitä voitiin pohtia syvällisemmin keskittyen itse tapaan kirjata ja kirjaamisen laatuun, ei tietoteknisiin valmiuksiin tai kirjaamiseen kuluvaan ajan käyttöön.

2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Terveystenhoitojärjestelmän muuttuessa, hoitoaikojen lyhentyessä sekä potilaiden ja heidän omaistensa kiinnostuksen ja aktiivisuuden lisääntyessä hoitoa kohtaan, tulee potilaan kokonaishoidon ja sen eri vaiheiden kirjaamisen merkitys lisääntymään olennaisesti (Lehti, Lauri & Salovaara 2000, 1). Hoitotyön kirjaamisen toteutumiseen vaikuttaa hoitajan ammatillinen pätevyys. Tähän sisältyvät tieto- ja taitotaso, hoitotyön arvot sekä asennoituminen kirjaamiseen. Hoitotyön kirjaamisen toteutumiseen on yhteydessä lisäksi työyhteisöön ja organisaatioon liittyvät tekijät. (Leino 2004, 27.) Potilaan hoidon kirjaaminen potilasasiakirjoihin on yksi keskeinen päätöksenteon sovellusmuoto. Kirjaamisen tehtävänä on luoda edellytykset hoidon joustavalle etenemiselle, turvata hoitoa koskeva tiedon saanti, varmistaa hoidon toteutus ja seuranta sekä turvata hoidon jatkuvuus. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 94.)

2.1 Sähköinen potilaskertomusjärjestelmä

Sähköinen potilaskertomusjärjestelmä on työväline, jonka avulla voidaan tuottaa, hyödyntää sekä säilyttää hoitoon liittyviä dokumentoituja tietoja (Niemi ym. 2006, 313). Sähköiseen potilaskertomusjärjestelmään kuuluvat potilasasiakirjat, joilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja ja teknisiä tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa tai muita henkilökohtaisia tietoja koskevia seikkoja. (FINLEX 2001/99.) Potilasasiakirja on luotamukselliseen hoitosuhteeseen kuuluva tekijä, jolla on myös suuri juridinen merkitys. Asianmukaiset merkinnät potilasasiakirjoissa ovat tärkeitä sekä potilaan että hoitohenkilöstön oikeusturvan kannalta. (Aalto 1999, 34.) Kaikilla hoidon tuottajilla, kuten sairaanhoitopiireillä ja yksityisillä terveyspalvelujen tuottajilla, on velvollisuus pitää yllä potilasasiakirjoja, joihin potilaslain mukaan kuuluu tehdä potilaskohtaisesti merkinnät tapahtumista (Saranto & Sonninen 2007, 12).

Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät asiakirjat. Näitä ovat konsultaatiovastaukset, läheteet, laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimusasiakirjat ja -lausunnot, tutkimuksen tai hoidon perusteella annettut todistukset ja lausunnot sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät asiakirjat. Myös muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat kuuluvat potilasasiakirjoihin. (FINLEX 2001/99.) Potilaskertomus on asiakirja, joka sisältää tiedot potilaan avohoito- ja kotihoitokäynneistä sekä osastohoitojaksoilta tehdyt merkinnät. Näistä koostuu aikajärjestyksessä etenevä asiakirja. (Saranto & Sonninen 2007, 12.)

Sähköinen hoitokertomus on hoitohenkilökunnan sekä muiden ammattiryhmien yhteisesti laatima osa potilaskertomusta, joka hoitotyön prosessin mukaisesti käsittää hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. Sähköisen hoitokertomuksen tulisi olla reaaliaikaista ja kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien käytössä viiveettä. (Tanttu & Ikonen 2007, 112; Saranto & Sonninen 2007, 12–13.) Hoitotyön suunnitelman lisäksi

hoitotyön päivittäiset kirjaukset ovat tärkeä osa potilaan sairaus- tai terveyshistoriaa (Hallila 2007, 207).

Potilaan hoitosuunnitelma perustuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Kun terveyden- ja sairaanhoitoa toteutetaan, on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmassa tulee näkyä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu ja se on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. (FINLEX 1992/785.) Hoitosuunnitelmassa esitetään tavoitteet hoidolle sekä toiminnot ja menetelmät ongelmien ratkaisemiseksi. Hoitosuunnitelmassa myös seurataan ja arvioidaan hoitoa. Hoitosuunnitelma on potilas-kohtainen ja yksilöllinen. Se vastaa kysymyksiin mitä, miten ja miksi koskien potilaan hoitoa. (Lauri ym. 1998, 54–55.)

2.2 Hoitotyön prosessi kirjaamisen jäsentäjänä

Hoitotyön prosessia voidaan kuvata vuorovaikutukseen perustuvaksi ongelmanratkaisuksi ja päätöksenteoksi hoitotyössä. Tavoitteena on hoitotyön tavoitteiden tunnistaminen ja niiden saavuttaminen. (Iivanainen, Jauhiainen & Korkiakoski 1998, 36.) Hoitotyön prosessia käyttämällä pystytään luomaan paremmin kokonaiskuva potilaan hoitojaksosta (Ihalainen 2000, 45). Kirjaamisessa hoitotyön prosessin mallin mukaan tietoa kerätään ja talletetaan sekä potilaan historiasta että hänen nykytilastaan tueksi hoidon toteutumiselle. (Ehnfors & Smedby 1993.) Hoitotyön prosessia voidaan kutsua myös hoitotyön päätöksenteon prosessiksi, joka kuvaa paremmin sitä, mitä hoitoprosessissa tapahtuu (Ensio 2001, 31). Kirjaamalla hoitotyön tapahtumia hoitotyön prosessin eri vaiheista on hoitajalla mahdollisuus saada oma kognitiivinen toimintansa näkyviin (Lungrén-Laine & Salanterä 2007, 26). Ikosen (2007, 57) tutkimuksen mukaan hoitotyön prosessin eri osien kirjaaminen todettiin vaikeaksi. Epäselvää oli, mitkä asiat kuuluvat mihinkin prosessin osaan. Kaakisen, Mäkilän, Jarmaksen & Väätäisen (2008) mukaan koulutuksellisesti yllättävintä on ollut hoitotyön prosessin unohtuminen sairaanhoitajilta. Heidän mukaansa hoitotyön prosessista sekä tarve- ja toimintoluokitusten sisällöstä tarvitaankin lisää koulutusta, jotta rakenteisen kirjaamisen luokitusten yhdenmukainen käyttö voitaisiin varmistaa.

Suomeen hoitotyön prosessi tuli 1970-luvulla WHO:n hoitotyön mallina. Hoitotyön kirjaamista on siitä alkaen jäsennelty ainakin jollakin tavalla hoitotyön prosessin mukaisesti. Muualla maailmassa hoitotyön prosessia jäsennetään viisi- tai kuusivaiheisena, mutta Suomessa on hoitotyön prosessia sovellettu kirjaamisessa pääasiassa nelivaiheisena. Nämä vaiheet ovat potilaan tilan ja hoitotyön tarpeen arviointi, tavoitteiden asettaminen, hoitotyön toteutus sekä arviointi. (Hopia & Koponen 2007, 6.) Yuran ja Walshin mukaan vuonna 1988 hoitotyön prosessin neljä vaihetta tai osatekijää koostuivat tarpeen määrittelystä, hoitotyön suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. (Yura & Walsh 1988, 171.) Vuonna 1998 Iivanainen, Jauhiainen ja Korkiakoski kuvasivat prosessia tapahtumasarjana, jonka tarkoituksena on pyrkiä tavoitteelliseen toimintaan ongelman ratkaisemiseksi. Ongelmien kartoitus, suunnittelu, toteutus sekä arviointi muodosta-

vat hoitotyön prosessin, jolloin prosessin eri vaiheet seuraavat toisiaan johdonmukaisesti. (Iivanainen, Jauhiainen & Korkiakoski 1998, 35–36.) Hoitotyön prosessia on 1990-luvun jälkeen kuvattu kuusivaiheisena. Nämä vaiheet ovat tarpeen määrittäminen, diagnoosin laatiminen, odotettujen tulosten nimeäminen, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Ensio 2007, 57.) Iivanaisen ja Syväojan mukaan hoitotyön prosessi muodostuu ongelmista ja/tai hoitotyön tarpeista, hoitotyön tavoitteista, hoitotyön toiminnoista sekä toteutuksesta ja arvioinnista. (Iivanainen & Syväoja 2008, 651.)

Vaikka hoitotyön prosessin määrittelyä on tapahtunut eri aikakausina hie-
man eri tavoin, Yuran ja Walshin (1988, 17) mukaan voidaan kuitenkin todeta, että prosessiajattelu on kaikkien hoitotoimien perusta. Se on joustava ja muuntuva sekä sovellettavissa eri muuttujiin. Se on riittävän jäsentynyt tarjotakseen perustan hoitotoimille. Kaikilla hoitotyön prosessin eri vaiheilla on tunnusmerkkinsä, mutta ne voivat vaihdella riippuen eri hoitajaryhmistä tai maantieteellisistä alueista. Tietty perusteema on kuitenkin olemassa: hoitotyön prosessi on organisoitu, johdonmukainen ja tarkoituk-
sellinen.

Hoitotyön päätöksenteko ja sen perustelut tulisivat näkyä kirjaamisessa. Kun on kirjattu, miksi jotakin tehdään, mihin päätös perustuu ja mikä vaikutus tehdyllä päätöksellä on ollut, on potilaan kokonaistilanteen hahmot-
taminen hoitohenkilökunnalle helpompaa. (Mäkilä 2007, 39.) Elektroninen kirjaaminen potilaskertomusjärjestelmiin noudattaa hoidollisen päätöksenteon prosessimallia, vaikka kaikissa järjestelmissä ei prosessin jo-
kainen vaihe olekaan systemaattisesti näkyvissä (Ensio 2007, 63).

2.2.1 Hoitotyön tarpeen määrittäminen

Hoitotyön tarpeen määrittäminen tarkoittaa potilasta koskevien tietojen keruuta ja niiden analysointia. Tietoja kerätään potilaan tullessa hoitoon esimerkiksi tulohaastattelussa. Hoitosuhteen edetessä tietoja täydennetään ja kirjataan jatkuvasti. (Sonninen & Ikonen 2007, 76–77.) Hoitotyön tarpeita voidaan kartoittaa keskustelun ja havainnoinnin avulla, aistimalla sekä mittaamalla. Potilas kertoo ongelmistaan, hoitaja havainnoi potilasta ja tarvittaessa tekee eri mittauksia. Saatujen tietojen perusteella yhdessä potilaan kanssa hoitaja määrittelee ongelmat ja hoitotyön tarpeen. (Iivanainen ym. 1998, 38.) Kootan tutkimuksen mukaan vaikeimpia asioita on potilaan osastolle tulotilanteessa kartoittaa psyykkisen tilanteen lisäksi potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta, koska potilaaseen ei ole luotu vielä hyvää hoitosuhdetta eikä potilas osaa tilanteestaan johtuen vielä itse sanoa, mitä hoidoltaan odottaa. (Koota 1998, 43.) Potilaan tila ja vointi sekä näihin liittyvät hoitotyöhön liittyvät ongelmat ovat kirjaamisen lähtökohtana. Nämä määritellään vastaamalla mitä-kysymyksiin. (Lauri ym. 1998, 95.)

2.2.2 Hoitotyön suunnittelu

Hoitotyön suunnittelu tarkoittaa hoidon tarpeiden, potilaan ongelmien tai hoitotyön diagnoosin nimeämistä sekä priorisointia. Myös tavoitteet ja odotetut tulokset nimetään ja valitaan hoitotyön toiminnot. (Sonninen &

(Ikonen 2007, 76; Iivanainen ym. 1998, 45.) Hoidon suunnittelussa vastataan ongelmien pohjalta miten-kysymyksiin (Lauri ym. 1998, 95). Kootan tutkimuksessa hoitotyön suunnitelmat painottuivat lähinnä potilaan fyysiseen tarpeeseen, jolloin hänen sosiaalinen sekä henkinen tilanteensa jäi vähemmälle huomiolle taikka kokonaan huomiotta (Koota 1998, 44).

Suomalaisessa hoitotyössä ei yleisesti käytetä käsitettä hoitotyön diagnoosi, vaan puhutaan potilaan tarpeista ja ongelmista. Hoitotyössä ei riitä, että kyetään analysoimaan ja arvioimaan sairauden aiheuttamia fyysisiä ja psyykkisiä oireita tai merkkejä, vaan tulisi myös tietää, mitä nämä kuvaavat ja osattava analysoida ne. Tämän analyysin lopputulos tarkoittaa hoitotyön diagnoosia. (Junttila 2002, 9.) Hoitotyön diagnoosi tarkoittaa ammatitietoon perustuvaa päätelmää potilaan reaktiosta aktuaalisiin tai potentiaalisiin terveydentilan muutoksiin. Diagnooseja voi olla yksi tai useampia ja ne ovat hoitotyön suunnitelman perusta. Hoitotyön diagnoosi mahdollistaa hoitotyön suunnittelun ja odotettujen tulosten saavuttamisen. (Iivanainen ym. 1998, 44.) Lehtikosken ym. (1999, 36–37, 47) tutkimuksessa nousi esille puutteina hoitotyön diagnoosien ja tavoitteiden asettelu. Tutkimuksessa vain kolmasosa tehdyistä hoitotyön suunnitelmista oli sellaisia, joiden avulla olisi pystynyt hoitamaan potilasta ilman suullista raporttia.

Hoitotyön tavoite luo päämäärän potilaan hoidon suhteen. Hoidolle määritellään kokonaistavoitteet sekä välitavoitteet. Kaikki potilaan hoitoon osallistuvat sekä potilas ja hänen omaisensa laativat yhteistyössä tavoitteita, jolloin potilaan motivoituminen ja sitoutuminen sekä kaikkien yhteisymmärrys lisääntyvät. (Iivanainen ym. 1998, 46–47.) Hoitotyön toiminnot, jotka tarkoittavat auttamismenetelmiä tai keinoja, valitaan tavoitteiden mukaan tarkoituksenmukaisesti. Keinojen valinnassa ja käytössä otetaan huomioon hoitotyön periaatteet, henkilökunnan määrä, potilaan itsehoitoisuus sekä hoitovälineet. Hoitotyön auttamiskeinoja voivat olla mm. ohjaaminen, tukeminen, rohkaisu ja avustaminen. (Iivanainen & Syväoja 2008, 653.)

2.2.3 Hoitotyön toteutus

Hoitotyön toteutus on suunnitelman toimeenpano. Hoitotyön toteuttajina voivat olla hoitotyöntekijä, potilas tai omainen. (Iivanainen & Syväoja 2008, 49.) Hoitotyön toteutus tarkoittaa hoitotyön toteuttamista ja siihen liittyvien tietojen kirjaamista. Hoitoa toteutettaessa testataan samalla suunnitelman käyttökelpoisuus ja jatkuvasti määritellään ja arvioidaan uudelleen potilaan hoidon tarpeen, ongelman tai hoitotyön diagnoosin tärkeysjärjestys. (Sonninen & Ikonen 2007, 77–78.) Ihalaisen tutkimuksessa hoitotyön toiminnoista useimmin oli kuvattu perushoito, jolla tarkoitettiin päivittäisissä toiminnoissa avustamista (Ihalainen 2000, 48). Mäkilän (2007, 37) mukaan kun hoitotyön suunnitelma on hyvin laadittu, helpottuu hoitotyön toteutuksen kirjaaminen. Nimetyt tarpeet, ongelmat, tavoitteet sekä suunnitellut toiminnot helpottavat ja ohjaavat toteutuksen kirjaamista.

2.2.4 Hoitotyön arviointi

Hoitotyön kirjaaminen on arvioivaa kaikissa vaiheissaan. Arvioivan kirjaamisen merkitys on mm. siinä, että sen avulla tilanteisiin voidaan heti ottaa kantaa ja tarvittaessa korjata niitä. (Laitinen 1999, 154.) Hoitotyön arviointi tarkoittaa siis jatkuvaa hoidon arviointia sekä loppuarviointia annetun hoidon vaikutuksista. Arviointia verrataan nimettyihin tavoitteisiin taikka odotettuihin tuloksiin. Hoitotyön toteutumista arvioitaessa tärkeää on huomioida myös asiakkaan tai potilaan oma arviointi ja kuulla hänen tuntemuksensa ja mielipiteensä. Arviointia suoritetaan päivittäin. (Sonni-
nen & Ikonen 2007, 76–78.) Ehnforsin & Smedbyn (1993, 214) tutkimuk-
sessa ilmeni, että neljänneksessä hoitotyöntekijöiden kirjauksista ei arvioi-
tu potilaan toimintakykyä itsehoidon suhteen. Iivanaisen ym. (2008, 52)
mukaan arviointiin osallistuvat kaikki, jotka ovat mukana potilaan hoidos-
sa, mukaan lukien potilas itse ja hänen omaisensa. Arviointia suoritetaan
kaikista hoitotyön prosessin vaiheista ja aikaisempiin vaiheisiin voidaan
palata ja muuttaa niitä tarpeen mukaan.

2.3 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä
tuli voimaan 1.7.2007. Laissa määritellään, että kaikkien julkisten terve-
denhuollon palvelujen antajien tulee liittyä valtakunnallisten tietojärjes-
telmäpalvelujen käyttäjäksi vuoteen 2011 mennessä. (FINLEX 2007/159.)
Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on, että sähköiset potilastieto-
järjestelmät ovat yhteensopivia ja tietoturvallisia. Potilastietojärjestelmien
yhteensopivuus ja yhteiset toimintamallit taataan valtakunnallisilla keskei-
sillä hoitotiedoilla eli ydintiedoilla, jotka kirjataan rakenteisesti. (Saranto
& Sonni-
nen 2007, 13.) Hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen siirtyminen
on suuri muutos koko terveydenhuollolle ja hoitotyölle. Sitä voidaan jopa
määritellä suurimmaksi yksittäiseksi muutokseksi, mitä kirjaamisessa on
tapahtunut. (Hopia & Koponen 2007, 5–6.)

Hoitotietojen rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa sitä, että potilaan hoito
kuvataan sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksen-
teon vaiheiden mukaan. Kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista,
termistöistä ja niitä täydentävistä kertovista teksteistä. (Saranto & Sonni-
nen 2007, 12–14.) Kuusion tutkimus on osoittanut, että vaikka eräässä ter-
veyskeskuksessa mahdollistettiin rakenteisen elektronisen potilastietojär-
jestelmän avulla hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen, suunnittelu ja
tavoitteet puuttuivat kirjaamisesta lähes kokonaan. (Kuusio 2008.) Toisen-
laisia tuloksia esiintyi Laineen tutkimuksessa, jossa haastateltavat henkilöt
olivat myös käyttäneet rakenteisessa muodossa olevaa sähköistä potilastie-
tojärjestelmää. Tulosten mukaan haastateltavat kokivat, että hoitotyön pro-
sessi selkeytti kirjaamista. (Laine 2008, 36.) Siirryttäessä rakenteiseen kir-
jaamiseen hoitotyön prosessi muodostuu potilaan ongelmista ja/tai hoito-
työn tarpeista, hoitotyön tavoitteista, hoitotyön toiminnoista sekä toteutuk-
sesta ja arvioinnista. Hoitotyön kirjaamisessa dokumentoidaan olennai-
simmat potilaan hoitoon liittyvät tiedot ja päätökset. (Iivanainen & Syvä-
oja 2008, 651.)

Rakenteisen kirjaamisen etuna on hoitotyössä käytettävien käsitteiden yhtenäistyminen, jolloin potilaan hoitoa koskevien tietojen haku sekä yhteisen tiedon saaminen potilastietojärjestelmästä helpottuu. Tietoja voidaan hakea mm. luokitusten, koodistojen ja otsikoiden avulla. (Tanttu & Rusi 2007, 116.) Moni ensimmäisten mukana rakenteiseen kirjaamiseen siirtyneistä työyksiköistä ei vaihtaisi enää vanhaan kirjaamistapaan. Kun luokitukset ja ohjelma ovat tulleet tutuiksi, nähdään jo uuden tavan hyödyt vanhaan verrattuna. (Isotalo 2010, 4.) Laineen (2008) mukaan hoitajat kokivat myönteisinä kokemuksina rakenteisessa kirjaamisessa sen selkeyden, kirjanneen ammattihenkilön tunnistamisen sekä hoidollisen päätöksenteon mahdollistumisen. Kirjaamiskäytäntöä kuvattiin toisaalta aikaa vievänä ja kirjaamistavassa koettiin olevan kirjavuutta. Lisäksi luokitusten käyttöön liittyi kirjatun tiedon lokerointia, komponenttien päällekkäisyyttä, runsautta sekä tiedon etsimisen hitautta.

2.4 Hoitotyön hyvä kirjaaminen

Potilasasiakirjojen tarkoituksena on ennen kaikkea tukea potilaan hyvää hoitoa. Kirjauksissa on huomioitava hyvän hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. (Valvira 2010.) Lehden ym. (2000, 25, 35–36) mukaan laadullisesti ja määrällisesti katsottuna kirjaamisen kriteerinä on, että sen perusteella voidaan saada kokonaiskuva potilaan hoidosta. Tutkimuksen mukaan hyvän kirjaamisen perustana pitää olla systemaattinen päätöksentekoaajattelu. Kirjaamisen muodot voivat vaihdella eri hoitoyksiköissä riippuen siitä, missä hoitotyön kirjaamisen painopiste esiintyy. Oleellista on, että kirjaaminen etenee loogisesti ja antaa selkeän kuvan koko hoitajaksosta.

2.4.1 Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön prosessin mukaan etenevä hoitotyön suunnitelma, joka lähtee potilaan tarpeista, on noussut tärkeään asemaan hoitotyön kirjaamisen siirtyttyä sähköiseksi (Mäkilä 2007, 36). Oleellisia asioita potilaan hoitotyön seurannassa ovat potilaan omat kokemukset sekä näkemykset hoidoista ja niiden vaikutuksista. (Lehti ym. 2000, 6.) Hoitotyön kirjaamisen potilaslähtöisyys sekä perhekeskeisyys tulivat esille, kun hoitajat kirjasivat oman arvionsa mukaan parhaiten potilaan tuntemuksia ja omaisten esittämiä toiveita. (Leino 2004.) Toisenlaisia tuloksia saivat Kaakinen ym. (2008), heidän mukaansa hoitotyön tavoitteita oli harvoin laadittu potilaan kanssa. Potilaskeskeisen hoitotyön kirjaamisen lähtökohtana on potilaan oikeus siihen, että hoitotyöntekijät kirjaavat sen, mitä potilas pitää tärkeänä, miten hän haluaa tulla hoidetuksi ja kirjaamisen perustuminen hänen yksilölliseen tilanteeseensa (Kärkkäinen 2007, 89). Potilaslähtöisessä kirjaamisessa tallennetaan myös potilaan oma käsitys voinnistaan ja hoitotyön vaikutuksista potilaan vointiin. Hoitotyön eettisten periaatteiden sekä voimaannuttavan ajattelutavan mukaan potilaan tulisi saada osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa, jolloin hoitotyön kirjaamisessakin tulisi näkyä potilaan mielipide. (Niemi ym. 2006, 318–319.) Hoitotodellisuuden saaminen kirjalliseen muotoon edellyttää hoitotyöntekijältä ajattelemista ja tahtoa

kirjoittaa asioita potilaan lähtökohdista. Keinoja potilaslähtöisen kirjaamisen oppimiseen on potilaan kuuleminen ja häneltä kysyminen. (Laitinen 1999, 156.)

2.4.2 Kattava kirjaaminen

Sähköistä kirjaamista jäsentää hoitotyön prosessi, joten se on hallittava. Potilaskertomukseen tulisi kirjata hoitotyön prosessin mukaiset asiat. (Wilskman, Koivukoski, Knuutila & Isotalo 2007, 13.) Kirjaamisessa tulisi näkyä, mitä päätöksiä hoitotyössä on tehty, miksi kyseiset päätökset on tehty, miten päätökset on toteutettu sekä mitä vaikutuksia näillä päätöksillä on ollut. Kirjaamisessa tulisi näkyä myös, mihin päätökset ovat perustuneet. (Lundgrèn-Laine & Salanterä 2007, 30.) Kirjaamisen tulisi perustua hoitotieteen keskeisiin käsitteisiin ja lisäksi kuvata toimintayksikössä toteutunutta potilaan hoitoketjun vaihetta (Aalto 1999, 41). Tutkimuksista mm. Kavènin (2005) työssä nousi esille, että sähköinen kirjaaminen parantaa kirjaamisen laatua ja sen ansiosta kirjaamisen taso oli käyttäjien mielestä parantunut. Leinon (2004, 61) tutkimuksessa ilmeni, että tulohaastattelu tehdään sähköisessä kirjaamisessa useammin kiitettävästi, kuin manuaalisesti kirjatun.

2.4.3 Selkeä kirjaaminen

Potilasasiakirjoihin tehtyjen merkintöjen tulisi olla selkeitä ja ymmärrettäviä, ja merkinnöissä tulisi käyttää yleisesti tunnettuja käsitteitä ja lyhenteitä. Jos kirjatut tiedot eivät perustu kirjaajan omiin tutkimushavaintoihin, on potilasasiakirjaan merkittävä tietojen lähde. (Ensio & Saranto 2004, 25.) Kirjaamisen tulisi olla myös kuvailevaa, yksiselitteistä sekä täsmällistä (Niemi ym. 2006, 322). Hyvän kirjaamisen kriteereitä ovat lisäksi loogisuus ja selkeys, oleellisten asioiden esiintuominen sekä hoidon vaikuttavuuden seuranta (Lauri ym. 1998, 96; Lehti ym. 2000, 36). Ammattikielellä on olemassa oma termistönsä. Häiriötön viestintä edellyttää, että ammattikielen termit merkitsevät kaikille samaa ja että käsitteet ovat samat. Tietojen, joita potilasasiakirjoihin dokumentoidaan, tulee olla tarpeellisia ja virheettömiä. Virheettömyys tarkoittaa selkeästi sitä, että tiedot pitävät paikkansa tai ei. Merkintöjen tulee siis olla oikeita. (Aalto 1999, 41, 46.)

2.5 Kirjatun tiedon käyttö hoitotyössä

Terveydenhuollon toiminnassa tiedolla on suuri merkitys. Tiedon käyttö, välittäminen ja tallettaminen ovat osa hoitotyötä. Hoitotyö perustuu tietoon ja siksi oikean ja tarpeellisen tiedon tulee viiveettä ja rajoituksetta olla ammattihenkilön käytettävissä. (Tanttu 2006, 1–2.) Tiedolla on eri merkityksiä. Yksilölliset merkitykset liittyivät hiljaiseen ja ammatilliseen tietoon. Yhteisölliset merkitykset liittyvät tietoon, valtaan, ongelmanratkaisuun, päätöksentekoon sekä tiedolliseen tukeen. (Toivola 2009.) Tieto- ja viestintätekniikan käytön tulisi olla auttamassa ja helpottamassa hoitotyötä (Jauhiainen 2004). Turulan (2000) tutkimuksen mukaan tiedon dokumentointia ei hyödynnetty riittävästi, vaikka suurin osa hoitajista suhtautui myönteisesti sähköiseen tiedon välittämiseen potilastiedotukseen liittyvis-

sä tilanteissa. Lehden ym. (2000, 1) mukaan tiedon hankinta on lähtökohdana hoidon suunnittelulle ja sen kirjaamiselle. Useissa tutkimuksissa on noussut esille, että ellei tarkoituksenmukaista tietoa ole käytettävissä, taikka sitä ei osata hankkia tai priorisoida, ei ole myöskään mahdollista tehdä tärkeitä päätöksiä liittyen hoitoon tai hoitosuunnitelman tekemiseen.

Tiedon käsittelyä helpottaa, kun se esitetään yhdenmukaisesti. Kirjaaminen on synonyymi käsitteelle dokumentointi, jonka avulla hoitotyöntekijät pystyvät näyttämään useille eri tahoille, mitä he tekevät. (Junttila 2002, 10.) Lainmukainen tiedonhallinta edellyttää, että ajankohtaista tietoa saavat oikeat henkilöt riittävissä laajuudessa oikeaan aikaan. Tärkeää on myös, että toiminnassa ja päätöksenteossa käytetään ainoastaan sellaisia tietoja, jotka ovat tarpeellisia ja virheettömiä. (Saranto 2007, 18.)

Saumaton hoito sekä palvelu ovat mahdollisia vain, jos tieto kulkee eri organisaatioiden sekä asiantuntijoiden välillä (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 66). Suurimpia sähköisen potilaskertomuksen yhteiskäyttöisyyden haittoja on Lennon (2006) ja Jauhiaisen (2004) mukaan se, että kaikki eivät vielä käytä yhteistä järjestelmää. Huolellisesti laaditut potilasasiakirjat välittävät tärkeää tietoa esimerkiksi silloin, kun potilas siirtyy terveydenhuollon toimintayksiköstä toiseen. Myös silloin, kun potilaalle itselleen annetaan häntä koskevia tietoja, ovat asianmukaisesti täytetyt potilasasiakirjat tarkoituksenmukaisia. Yhtenäisen, katkeamattoman palveluketjun edellytyksenä on, että potilasta koskevaa tietoa saadaan varmasti ja nopeasti. Tiedot potilaasta tulisi aina olla hoitavan henkilön saatavilla ajantasaisena riippumatta siitä, missä taikka milloin tieto on tuotettu. (Aalto 1999, 35, 60.) Partasen ja Kvistin (2007) mukaan yhtenä suurimpana etuna sähköisten tietojärjestelmien käytössä on tietojen ajantasaisuus. Myös Laineen (2008, 22) sekä Vellosen (2004, 58) tutkimuksissa nousi esiin hoitajien myönteinen kokemus sähköisten tietojen reaaliaikaisesta saannista.

Benner, Tanner ja Chesla kuvailevat teoksessaan, miten kirjaukset aikaisemmista hoitotoimenpiteistä ohjaavat sairaanhoitajan antamaa hoitoa. Sekä pitkäaikais- että akuuttihoitossa samaa potilasta hoitaneiden sairaanhoitajien kirjaamat hoitopäätökset olivat ohjenuorana, josta saatiin korvaamatonta apua potilaan hoidossa. Tästä oli apua varsinkin aloittelevien sairaanhoitajien työssä, jolloin he pystyivät tarkistamaan kirjauksista esimerkiksi aikaisemmin tarvittaessa annetun lääkkeen ja määrän potilaan voinnin muuttuessa. (Benner ym. 1999, 86.) Hoidon toteuttamisvaiheessa tehdyt merkinnät potilasasiakirjoihin helpottavatkin annetun hoidon arviointia, sen vaikuttavuutta ja hoidon suunnittelua (Aalto 1999, 35).

2.6 Sähköistä kirjaamista ohjaava lainsäädäntö

Hoitotietojen kirjaamisen tulee noudattaa eri lakeja ja asetuksia. Lain mukainen tiedonhallinta toimintayksiköissä tarkoittaa, että ajankohtaista tietoa saavat oikeat henkilöt, riittävissä laajuudessa ja oikealla hetkellä. Lainsäädännön tarkoituksena on myös varmistaa, että käytetään vain sellaisia tietoja, jotka ovat virheettömiä ja tarpeellisia. (Saranto 2007, 18.)

Hoitotyön kirjaamisella on erilaisia juridisia merkityksiä. Oikeusturvanäkökulma käsittää potilaan oikeusturvan ja omaa hoitoa koskevan muistutuksen teon sekä kantelun ja vakuutus- ja etuusasiat. Henkilöstön näkökulma käsittää potilaan tekemän kantelun, vahingonkorvauskysymykset sekä rikosoikeudelliset kysymykset. Yhteiskunnallisella näkökulmalla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua, sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoa sekä resursseja, opetusta sekä erilaisia tutkimuksia. (Niemi ym. 2006, 315.) Potilaan ja henkilöstön oikeusturvanäkökulmasta potilasasiakirjoihin tehty merkinnät helpottavat esimerkiksi potilasvahinkotapauksissa hoitoon liittyvien asioiden selvittämistä. Lisäksi ne turvaavat potilaan tiedonsaantioikeuden toteutumisen. Yhteiskunnallinen merkitys tarkoittaa sitä, että laadittuja potilasasiakirjoja käytetään terveydenhuollon suunnitteluun, hallintoon sekä opetus- ja tutkimustarkoituksiin. (Aalto 1999, 34.)

Asiakkaan ja potilaan oikeuksiin liittyvä laki on laki potilaan asemasta ja oikeuksista, joka edellyttää asiakaslähtöisyyttä sekä asiakassuhteen luotamuksellisuutta. Laissa määritellään asiakkaan oikeus hyvään palveluun sekä potilaan oikeus tarkastaa häntä itseään koskevat potilasasiakirjoissa olevat tiedot. Lisäksi laissa määritellään potilasasiakirjoihin liittyviä seikkoja ja niihin liittyvien tietojen salassapito. (FINLEX 1992/785.) Lailla potilaan asemasta ja oikeudesta on tarkoituksena turvata potilaan oikeudet hoitoa järjestettäessä (Laaksonen ym. 2005, 70). Laissa sosiaalihuollon asemasta ja oikeuksista määritellään asiakaslähtöisyys ja asiakkaan oikeudet hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa. Laissa huomioidaan myös asiakkaan itsemääräämisoikeus ja oikeus osallistua asioidensa hoitoon. Laissa määritellään lisäksi, että sosiaalihuoltoa toteutettaessa on asiakkaalle laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma ja asiakkaan oikeus mahdollisuuteen osallistua ja vaikuttaa omien palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Laissa määritellään myös tietojen antamiseen ja teknisiin käyttöyhteyksiin liittyviä seikkoja. (FINLEX 2000/812.)

Tietoturvallisuutta ja tietojen säilytystä koskeva henkilötietolaki on terveydenhuollon asiakkaan tietojen käsittelyyn vaikuttava laki, jolla taataan potilaan yksityiselämän suoja (Laaksonen ym. 2005, 70). Henkilötietolaki käsittelee tietoturvallisuutta ja tietojen säilytystä. Laki määrittelee yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä ja edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. (FINLEX 1999/523.) Terveystietojen ammattihenkilöllä on velvollisuus laatia ja säilyttää potilasasiakirjoja, sekä pitää niissä olevat tiedot salassa terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain mukaan. (Laaksonen ym. 2005, 70). Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöstä edellytetään terveydenhuollon ammattihenkilöitä laatimaan ja säilyttämään potilasasiakirjat sekä määrittelee niihin liittyvän salassapidon. (FINLEX 1994/559.) Arkistolaki säätelee asiakirjojen laatimiseen, säilyttämiseen sekä käyttöön liittyviä asioita. Pysyvään säilytykseen määrätty asiakirjat on lain mukaan laadittava ja tiedot tallennettava pitkäaikaista säilytystä kestäviä materiaaleja ja säilyvyyden turvaavia menetelmiä käyttäen. Laissa määritellään lisäksi asiakirjojen lainauksesta toiselle viranomaiselle taikka arkistolaitokseen tai muuhun laitokseen. (FINLEX

1994/831.) Potilasasiakirjojen luottamuksellisuutta voidaan turvata myös valvomalla niiden käyttäjiä erilaisten henkilökohtaisten käyttöoikeuksien, käyttäjätunnusten ja salasanojen avulla. (Ihalainen 1999, 91.) Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä edistetään asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lain tarkoituksena on toteuttaa yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä. Laki vaatii asiakastietojen saatavuuden ja käytettävyyden turvaamisen. Laissa määritellään myös palveluiden antajan asiakastietojärjestelmiensä ja asiakasrekisterin käyttäjien rekisterin pitämisestä ja niiden käyttöoikeuksista. Laki velvoittaa mm. sähköisen allekirjoituksen käytön sekä määrittelee asiakkaan tiedonsaantioikeuden. (FINLEX 2007/159.)

Potilasasiakirjojen rakenteesta sekä niihin liittyvistä velvoitteista on määriteltä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (Laaksonen ym. 2005, 70). Laissa potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä määritellään potilasasiakirjoihin kuuluvan potilaskertomus ja siihen liittyvät asiakirjat, esim. lähetteet, laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimusasiakirjat ja -lausunnot, konsultaatiovastaukset, tutkimuksen tai hoidon perusteella annetut todistukset ja lausunnot. Myös lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät asiakirjat ja muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat kuuluvat potilasasiakirjoihin. Laissa määritellään, miten terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee suunnitella ja toteuttaa potilasasiakirjajärjestelmänsä. Lisäksi laissa määritellään, miten potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja. (FINLEX 2001/99.)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran tehtävänä on ohjata ja valvoa terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja toimintayksiköiden toimintaa. Tavoitteena on myös varmistaa potilasturvallisuutta, oikeusturvan toteutumista ja palvelujen laatua terveydenhuollossa. Valvira määrittelee, mitä potilasasiakirjoilla tarkoitetaan ja mitä asiakirjoihin merkitään sekä mitkä ovat potilaan oikeudet, omaisen oikeudet ja miten salassapito tulee toteutua. (Valvira 2010.)

3 ENNI-HANKE JA HOITOTYÖN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN

Tämä opinnäytetyö on osa eNNI-hanketta, joka on valtakunnallinen tutkimus- ja kehittämishanke vuosille 2008–2012. Opinnäytetyö kuuluu eNNI-hankkeen työyhteisön nykyisen toimintatavan kuvaamisen vaiheeseen, jolloin tarkoituksena on kartoittaa ja kuvailla kirjaamisen sen hetkistä toimintatapaa ja tuoda se näkyväksi. Tavoitteena on tuottaa tietoa osaston hoitohenkilökunnan kirjaamisesta. Tiedon avulla hoitohenkilökunta pystyy arvioimaan ja kehittämään kirjaamisen toimintatapaa siirryttäessä rakenteeseen kirjaamiseen sekä suunnittelemaan kirjaamiseen liittyviä mahdollisia muutoksia ja koulutustarvettaan.

Laurea ammattikorkeakoulu koordinoi 14 ammattikorkeakoulun eNNI-osahanketta vuosina 2008–2009. eNNI-hankkeessa käytetään Learning by Developing-toimintamallia. Tämä tarkoittaa, että työelämän sairaanhoitajat, hoitotyön opiskelijat ja opettajat yhdessä toimien analysoivat hoitotyön dokumentoinnin nykyisiä toimintatapoja, tunnistavat kehittämistarpeita, muodostavat näyttöön perustuen uusia toimintatapoja ja arvioivat niitä. (Ikonen ym. 2009.)

eNNI-hankkeen lähtökohtana on kaikkien terveydenhuollon organisaatioiden siirtyminen kansallisen terveyshankkeen mukaan yhtenäisen, sähköisen potilaskertomuksen käyttöön, sillä julkisten terveydenhuollon organisaatioiden tulee siirtyä viimeistään vuonna 2011 samaan sähköiseen arkistojärjestelmään. Terveydenhuollon hoitohenkilöstön, opettajien sekä opiskelijoiden osaamisen kehittäminen tuottaa kirjaamisen oppimista ja sen jatkuvaan kehittämiseen tarvittavaa osaamista. He ovat hankkeen kohdeyhtymänä ja siitä hyödyn saajina. Tavoitteena on tiedon systemaattinen levittäminen, yksilön ja työyhteisön osaamisen kehittäminen, tiedon ja osaamisen muuntaminen toimintatavoiksi sekä kehittämisen osaamisen muodostaminen. Hankkeen toimintamallina on tutkimus- ja kehittämisprosessi, joka jakautuu toimintaympäristödialogiin, osaamisen tuottamiseen, osaamisen hyödyntämiseen ja vaikuttavuuden arviointiin. (Ikonen 2008, 9–12.)

Työyhteisössä, jonka kirjaamisen kehittämiseen tämä opinnäytetyö liittyy, tuotiin maaliskoukokuussa 2009 eNNI-hankkeen juurruttamisen prosessiin liittyvät kehittämisen tavoitteet ja tarkoitukset yhteiseen tarkasteluun. Tällöin hoitajat osallistuivat HAMKin opettajan järjestämään koulutukseen, jonka aiheena oli hoitotyön rakenteinen kirjaaminen. Jokainen hoitaja osallistui kolmeen eri koulutusosioon, jotka kestivät kaksi tuntia kerrallaan. Samaan aikaan aloitettiin hoitajien haastattelut työyhteisön nykyisen kirjaamisen toimintatavan kartoittamiseksi.

Syyskuussa 2009 suunniteltiin, miten rakenteista kirjaamistapaa lähdetään osastolla harjoittelemaan. Työyhteisön käyttöön tuotettiin kansio, joka sisälsi ohjeistuksen hoitotyön prosessin mukaisesta kirjaamisesta (liite 1), mallin hoitotyön suunnitelmasta (liite 2), esimerkin kirjaamiskäytännöstä hoitotyön prosessin mukaisesti (liite 3) sekä kaavion, miten alkutilanteen kirjaaminen ja päivittäinen kirjaaminen käytännössä etenee (liite 4) palvelemaan osaston hoitotyöntekijöitä. Kansion tarkoituksena oli lisätä ym-

määrystä hoitotyön prosessinomaisesta kirjaamisesta. Kansioon liitettiin lisäksi malli tulevasta Effica-hoitokertomuksesta sekä suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTal) ja suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL). Seuraavassa osastokokouksessa yhteisesti päätettiin, että osastolla tullaan kirjaamaan kolmella potilaalla hoitotyön prosessin mukaisesti otsakkeiden alle. Nämä otsakkeet olivat: ongelma, tavoite, suunnitelma, toteutus ja arviointi.

Juurruttamisen prosessin nykyisen toimintatavan kuvaaminen, jossa toiminnassa oleva hiljainen tieto tuotiin näkyväksi, toteutui lokakuussa 2009. Haastattelujen tulokset esitettiin tällöin osastokokouksessa. Hoitohenkilökunta sai kommentoida ja esittää mahdollisia muutosehdotuksia ja lisäyksiä liittyen saatuihin tuloksiin. Muutosehdotuksia ei hoitohenkilökunnalta noussut esiin.

Marraskuussa 2009, eNNI- hankkeen uuden tiedon ja osaamisen tuottamisen vaiheessa, hoitohenkilökunta osastokokouksessaan priorisoi ja arvioi kehittämiskohteita ja valitsi yhden niistä. Uusi toimintatapa otettiin käyttöön. Yhteisesti päätettiin, että potilaan hoidon tavoite tullaan kirjaamaan jokaiselle potilaalle. Tavoite tullaan kirjaamaan päivittäisessä kirjaamisessa käytettävän Vuodeosaston hoitosuunnitelma-lomakkeen (liite 5) oikeaan reunaan Huomioitavaa-alueelle. Kun uusi lomake aloitetaan, siirretään hoidon tavoite uudelle lomakkeelle, jotta se seuraa mukana kaikilla hoitosuunnitelma-lomakkeilla.

Osastokokouksessa keskusteltiin lisäksi nykyisestä hoitotyön kirjaamisesta vasta ja pohdittiin, mitä muita mahdollisia muutoksia tulisi kirjaamisen osalta tehdä. Keskusteltavaksi nostettiin ajatuksia siitä, mitä hyötyä työyhteisölle on hoitotyön prosessin mukaisesta kirjaamisesta ja rakenteiseen kirjaamistapaan perehtymisestä. Esille tuotiin ajatus siitä, harjoitellaanko kirjaamisen rakenteista muotoa liian aikaisin ja kirjataanko rakenteisesti todella vuonna 2011. Koulutusta toivottiin lisää liittyen hoitotyön prosessin mukaiseen kirjaamiseen. Esille nousi myös hoidon suunnittelun vaikeus, mikä tuotti työyhteisössä paljon keskustelua. Hoitotyön prosessin mukaista kirjaamista jatkettiin osaston kolmella potilaalla ja myöhemmässä vaiheessa hoitotyön prosessin mukainen kirjaamistapa laajennettiin suoritettavaksi osaston yhdeksälle potilaalle.

eNNI-hanke jatkuu edelleen. Vuonna 2010 on osaamisen käyttöönottamisen vaihe, jolloin hanke koskee hoitotyön opettajien pedagogista osaamista sekä terveydenhuollon hoitajien rakenteisen kirjaamisen käyttöönottamista. Vuonna 2011 tulee olemaan työtoiminnan muuttamisen vaihe koskien hoitotyön opettajien pedagogista toimintaa sekä terveydenhuollon hoitajien kirjaamisen toimintaa. (Ikonen 2008, 9, 11–13.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Osasto, jonka hoitajia tässä opinnäytetyössä on haastateltu, on yksi eNNi-hankkeen työyhteisöistä, joissa on tarkoitus juurruttaa rakenteinen kirjaamistapa. Uuden osaamisen tuottamisen ja uusien työskentelytapojen käyttöönoton tueksi on opinnäytetyön tarkoituksena kartoittaa ja kuvailla hoitajien käsityksiä nykyisestä kirjaamisen toimintatavasta. Tavoitteena on tuottaa tietoa hoitotyön prosessin näkymisestä osaston sen hetkisessä kirjaamistavassa, hoitotyön kirjaamisen sisällöstä, hoitotyössä tarvittavan tiedon saannin lähteistä, Effica-lomakekannan käytöstä sekä siitä, miten kirjattua tietoa hyödynnetään.

Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla hoitohenkilökunta voi arvioida oman osastonsa kirjaamisen toimintatapaa sekä tunnistaa kirjaamiseen liittyviä kehittämiskohteita. Tavoitteena on tuottaa lisäksi tietoa eNNi-hankkeen jatkotyöskentelylle kirjaamisen kehittämisessä.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Minkälaisena hoitajat kokevat tulotilanteen kirjaamisen?
2. Minkälaisena hoitajat kokevat hoidon suunnittelun kirjaamisen?
3. Minkälaisena hoitajat kokevat hoidon toteutuksen kirjaamisen?
4. Minkälaisena hoitajat kokevat hoidon arvioinnin kirjaamisen?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Haastateltavien valinta

Kohdeorganisaationa oli erään eteläsuomalaisen perusterveydenhuollon 40-vuodepaikkainen kuntouttavalla periaatteella toimiva vuodeosasto. Osastolla työskentelee 8 sairaanhoitajaa ja 17 perus- tai lähihoitajaa. Haastateltavia henkilöitä oli kahdeksan, heistä neljä oli sairaanhoitajia ja neljä perushoitajan nimikkeellä olevia henkilöitä. Vaikka kirjaamiseen liittyvässä kirjallisuudessa ja tutkimuksissa esiintyy paljon tietoa liittyen vain sairaanhoitajien toimintaan, työn tekijä katsoi aiheelliseksi haastatella sekä sairaanhoitajia että perushoitajan nimikkeellä olevia henkilöitä, koska kummatkin ammattiryhmät kirjaavat osastolla keskimäärin yhtä paljon päivittäin.

Haastateltavat olivat itse ilmoittaneet halukkuutensa haastatteluun. Haastatteluun ilmoittautuminen oli mahdollistettu osaston ilmoitustaululla olevalla lomakkeella (liite 6). Tämä haastateltavien valitsemistapa päätettiin osaston osastokokouksessa talvella 2009. Haastatteluun ilmoittautuneita oli kaikkiaan neljä sairaanhoitajaa ja neljä perus- tai lähihoitajaa.

5.2 Aineiston keruu

Aineiston kerääminen tapahtui teemahaastattelumenetelmää käyttäen, jolloin saatiin hoitajien todellista, kokemuksellista tietoa näkyväksi. Teemahaastattelumenetelmässä haastattelun aihepiirit olivat etukäteen määrittyjä teemarunkoa käytettäessä. Teemahaastattelun etuna on se, että haastateltavalle pystytään antamaan tilaisuus tuoda asioita esille vapaasti ja hän on merkityksiä luova sekä aktiivinen osapuoli. Lisäksi vastauksia pystytään selventämään tarvittaessa ja tietoja pystytään syventämään pyytämällä perusteluja tai esittämällä lisäkysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35.)

Haastattelijalla oli teemahaastattelurunko, jonka teema-alueiden varsinaiset kysymykset ja niihin liittyvät apukysymykset (liite 7) esitettiin kaikille haastateltaville. Teemahaastattelu valittiin, sillä teemahaastattelun teemat perustuivat tunnettuun ilmiöön, hoitotyön prosessiin, jonka esiintymistä hoitotyön kirjaamisessa haluttiin tutkia. Teemahaastattelut kahdeksalle osaston hoitajalle alkoivat huhtikuussa 2009. Haastattelut suoritettiin rauhallisessa tilassa, joka ei sijainnut osastolla, ja ne tallennettiin nauhoittamalla. Haastattelut kestivät ajallisesti kolmestakymmenestä minuutista yhteen tuntiin. Haastattelujen aikana esitettiin tarkentavia kysymyksiä, jolloin saatiin tietoa, joka liittyi kysyttyyn teema-alueeseen. Tarkennusten avulla saatiin aiheesta myös kattavampi ja monipuolisempi kuva. Haastattelijan edellytetään teemahaastattelussa pidättäytyvän liiallisista omista kommenteista ja haastattelijalta vaaditaan tehtäväkeskeistä toimimista, jolloin tutkimuksen kannalta tärkeän informaation hankkiminen on etusijalla (Hirsjärvi & Hurme 2001, 96–102).

5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysissä käytettiin deduktiivista lähtökohtaa ja aineiston analyysi eteni aineistolähtöisenä sisällönanalyysinä. Deduktiivinen lähtökohta tarkoittaa tässä työssä, että teemahaastattelukysymyksissä esiintyi tunnettu ilmiö, hoitotyön prosessi, jonka näkyvyyttä hoitotyön kirjaamisessa haluttiin tutkia. Kaikki haastattelut kirjoitettiin puhtaaksi sanasta sanaan tietokoneelle. Kylmän ja Juvakan (2007, 65) mukaan aineiston tekstimuotoon kirjoittamisvaiheessa tekijä perehtyy jo samalla aineistoon ja tekee alustavaa analyysiä. Näin tapahtui myös tämän työn aineistoa kirjoitettaessa.

Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan aineistoa mahdollisimman avoimesti. Kysyä voidaan esimerkiksi, mitä aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 66.) Aineistoa kertyi kaikkiaan 34 tulostepaperia, johon perehdyttiin lukemalla se useita kertoja. Aineistoon perehdyttäessä kirjattiin tutkimuspäiväkirjaan esiin nousseita kysymyksiä ja ajatuksia. Aineistosta etsittiin samanlaisuuksia sekä erilaisuuksia ja aineistosta haettiin käsin koodaten ilmauksia, jotka pelkistettiin ja luokiteltiin. Näin muodostuivat ala- ja yläluokat sekä niitä yhdistävät luokat.

Ensimmäiseksi yhdistäväksi luokaksi nousi hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen. Lisäksi muodostui kaksi seuraavaa yhdistävää luokkaa, jotka olivat kirjatun tiedon käyttö hoitotyössä sekä kirjaamista ja sen hyödyntämistä estävät tekijät. Yhdistäviä luokkia saatiin siis kaikkiaan kolme. Koko analyysin ajan pidettiin tutkimuspäiväkirjaa, jonne kirjattiin ajatuksia ja oivalluksia, joita tutkimuksen edetessä nousi esiin. Ala- ja yläluokkia etsittäessä palattiin useasti tutkimuspäiväkirjan teksteihin, joita oli aineistoa analysoitaessa noussut esille. Näistä oli apua ala- ja yläluokkien sekä niitä yhdistävien luokkien hahmottamisessa ja nimeämisessä.

5.4 Opinnäytetyöhön liittyvät eettiset kysymykset

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja tulosten arvioinnissa. Tutkimuksessa tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida yksityiskohtaisesti ja asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

Tutkimuslupaa anottiin kuntayhtymän yhtymäjohtajalta. Puoltava päätös jaettiin osastonhoitajalle, hoitotyön vastuualuejohtajalle, ylihoitajalle, perusterveydenhuollon vastuualuejohtajalle sekä opinnäytetyön tekijälle. Hoitohenkilökunnalle kerrottiin osastokokouksessa tulevasta haastattelusta ja he saivat itse päättää tavan, miten haastatteluihin osallistuvat valittiin. Haastateltavat osallistuivat vapaaehtoisesti haastatteluun osaston ilmoitustaululla olevalla lomakkeella (liite 6).

Haastateltavat henkilöt saivat mahdollisuuden perehtyä tutkimuksen taustaan ja aineiston keruumenetelmään tiedotteessa (liite 8), joka jaettiin heille kaksi viikkoa ennen haastatteluajankohtaa. Ennen haastattelua vastaajat

lukivat ja allekirjoittivat haastateltavan suostumuksen (liite 9). Heille annettiin riittävästi aikaa suostumukseen perehtymiseen sekä tarkentavien kysymysten esittämiseen. Haastateltaville kerrottiin mahdollisuudesta tarvittaessa keskeyttää haastattelu sekä evätä nauhoitetun haastattelun käyttö. Lisäksi kerrottiin saatujen tulosten luottamuksellisesta käsittelystä ja nauhoitusten ja litteroidun aineiston tuhoamisesta, kun aineisto on analysoitu, eikä sille ole enää käyttöä. Haastattelunauhoitukset ovat litteroinnin jälkeen tuhottu ja saatu aineisto on analysoinnin jälkeen poltettu. Haastateltavia ei pysty tunnistamaan tulosten perusteella tai käytetyissä suorissa lainauksissa.

6 TULOKSET

6.1 Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen

Hoitajien kokemukset hoitotyön kirjaamistavasta jaettiin pääluokiksi teemahaastattelun aihepiirien mukaan. Nämä olivat **tulotilanteen kirjaaminen, hoitotyön suunnittelun kirjaaminen, hoitotyön toteutuksen kirjaaminen** sekä **hoitotyön arvioinnin kirjaaminen**. Yhdistäväksi tekijäksi muodostui **hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen**. (Kuvio 1, s. 24)

6.1.1 Tulotilanteen kirjaaminen

Tulotilanteen kirjaamisessa esille nousivat potilaan **taustatiedot, tarpeet sekä ongelmat, toimintakykyyn liittyvät seikat, suunniteltu hoito sekä toimenpiteet ja hoidon tarkoitus osastolla**. Potilaan tullessa osastolle tiedot potilaasta pyrittiin kirjaamaan kattavasti ja ytimekkäästi. Elämisen toiminnot -lomake (liite 10) täytettiin heti potilaan tullessa osastolle. Tiedot Elämisen toiminnot -lomakkeeseen saatiin potilaalta itseltään, saattajalta, omaiselta ja omalla havainnoinnilla.

Taustatiedot käsittivät tulotilanteen kirjaamisen, Elämisen toiminnot -lomakkeen (liite 10) täyttämisen, jonne kirjattiin myös lähiomaisen tiedot sekä tiedon siitä, keneen voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Tulotilanteen kirjaus pyrittiin pitämään lyhyenä ja ytimekkäänä, mutta kuitenkin sellaisena, että kirjauksesta saisi mahdollisimman paljon tietoa.

”Kuvaus siitä, mihin aikaan tulee ja missä kunnossa tulee.”

”Kun siihen tulovaiheessa kirjataan, niin lyhyt ja ytimekäs tulotilanne siitä potilaasta, et siitä ymmärtäis jo aika paljon. Ettei vaan et tuli osastolta sieltä ja sieltä. Vaan si kaikkee liikkumisesta ja..”

”Elämisen toiminnot täytyy kattoo läpi siinä vaiheessa..”

Tarpeet ja ongelmat kuvasivat sitä, mihin seikkoihin otetaan ensimmäisenä kantaa ja edellytetäänkö hoitotyössä välitöntä toimintaa. Välitöntä toimintaa vaativia seikkoja olivat mm. mahdollinen lisähapen tarve tai lääkitykseen liittyvät seikat. Ongelmina kuvattiin lisäksi olemassa olevia ja havaittavia ongelmia, jotka eivät vaatineet välitöntä toimintaa. Hoitajat kuvasivat ongelmia sairauksina, ongelmakenttänä sekä diagnoosina.

”Mutta kyllä tulotilanteessa paras siin on kyl kattoo et mitä tauteja sil potilaal on et edellyttääks ne jotain semmost välitöntä..”

”Mutta kyllähän ne on ne taudit ja mikä se on se ongelmakenttä..”

Toimintakykyyn liittyviä asioita kuvattiin tulotilanteen kirjaamisessa tietona siitä, minkä kuntoinen potilas on, kuinka paljon hän tarvitsee hoitajien apua sekä kuinka paljon pystyy tekemään itse. Myös tieto apuvälineistä liittyi toimintakykyyn kirjaamiseen.

”No esimerkiksi liikkuminen, kuinka hoidetaan potilasta, mitä apua se tarvitsee? Mikkä sil on omat voimavarat? Minkä kuntonen se on? Kuinka pystyy itse liikkumaan?”

Suunnitellulla hoidolla ja toimenpiteillä tarkoitettiin lääkityksen tarkistamista ja kirjaamista sekä sitä, onko jotain laboratoriokokeita tai muita tutkimuksia määrätty aikaisemmin ennen osastolle tuloa. Nämä seikat kirjattiin sekä Vuodeosasto hoitosuunnitelma -lomakkeelle (liite 5), että osaston kalenteriin. Seuraavana aamuna otettava paastoverensokeri kirjattiin Vuodeosasto hoitosuunnitelma -lomakkeelle (liite 5), mutta kalenteriin kirjattiin seuraavana päivänä otettavat Ekg sekä verenpaine. Lisäksi joitakin määrättyjä erityishoitoja kirjattiin potilastietoihin.

”Lähinnä sit kaikki tämmöset et jos on jotain tämmösiä erityishoitoja tai jotain, niin semmoset. On sit mitkä heti pitää tärkeenä viestittää seuraavalle vuorolle eteenpäin.”

”...et siinä tulis ilmi kaikki tämmöset mitä nyt siinä illan aikana tarvitaan ja sit myös semmoset jos papereissa on, et jos on jotain tutkimusaikoja tai jotain semmosta...”

”...ja kalenterista näkee rutiinisti otettavat tutkimukset.

Hoidon tarkoituksena kuvailtiin, miksi potilas tulee osastolle hoitoon sekä tuleeko potilas kuntoutusjaksolle, tai pitemmäksi ajaksi. Kuntoutustavoite ja hoidon tavoite kirjattiin tulovaiheessa, jos nämä olivat tiedossa.

”Onko kuntoutusjaksolla vai että tuleeko ihan pysyväispaikalle.”

”...okse kuntoutuspotilas, taikka mikä on se hoidon tavoite meidän osastolla.”

”Mut jos on kuntoutusjaksolla, niin se, että mikä on kuntoutustavoite.”

6.1.2 Hoitotyön suunnittelun kirjaaminen

Hoitotyön suunnittelussa esille nousivat **tavoitteiden määrittely, hoitotyön suunnitellut toiminnot, potilaan voinnin muutoksista lähtevä suunnittelu** sekä **kirjaamaton tieto**.

Suunnitteluun liittyvänä seikkana hoitajat näkivät **tavoitteiden määrittelyn**, joita tehtiin pääasiassa intensiivikuntoutuspotilaiden kohdalla hoitopalavereissa. Näissä määriteltiin välitavoitteet sekä pidemmän aikavälin tavoitteet yhdessä lääkärin ja fysioterapeutin kanssa. Pitkäaikaishoidotilaiden kohdalla tavoitteita ei hoitajien mukaan erityisemmin määritelty.

”Sitten noi on mun mielestä sitten taas selkeempiä noilla kuntoutuspotilailla, joilla on se semmonen...niil on ne tavoitteet, mihin pyritään...”

”Kun on se kuntoutuspalaveri niin nehän siellä aina tekee niitä raportteja, et mitä seuraavaks harjoitellaan ja sitten me hoitajat mennään sen mukaan taas.”

Hoitotyön suunnitellut toiminnot kuvailtiin hoidossa erityiset huomioitavat seikat, mm. säännöllisen tarkkailun, haavanhoidot, saadun nestemäärän mittaukset ja verenpaineen seurannat. Suunniteltuja toimintoja olivat myös lääkärin määräämät hoidot ja tutkimukset, yleisesti ottaen hyvä hoito, sekä se, mitä potilas on toivonut hoidoltaan. Näitä kirjattiin Vuodeosasto hoitosuunnitelma -lomakkeen (liite 5) yläosaan, Huomiotavaa-alueelle tai alueelle, jonne päivittäin kirjataan.

”Kyllä me saadaan lääkäriltä ne ohjeet. Millä tavalla esimerkiksi haava hoidetaan, mitä siihen käytetään, miten se hoidetaan, kuinka monta kertaa päivässä. Ja sitten toi lääkehoito...”

”Suunnitellaan sen potilaan hyvää hoitoa.”

”Mutta jos on...semmonen asiakas, joka niinku kykenee itse sanallisesti toimimaan, mitä hän haluaisi. Niin sitten mä voin sinne...esimerkiksi Vuodsuon kirjottaa että haluis, että nivuset tarkistetaankin vuoteessa.”

Potilaan voinnin muutoksista lähtevä suunnittelua kirjattiin, kun potilaan voinnissa todettiin muutosta ja hoitotyötä suunniteltiin tältä pohjalta. Voinnin muutoksia hoitajat kuvasivat potilaan voinnissa tai ihossa esiintyvillä muutoksilla.

”Potilaan voinnin muutos. Siit olis hyvä lähtee suunnittelemaan...Jos potilaan vointi muuttuu, niin siinähan alkais et voisko tätä...pitäiskö tätä hoitaa erilailla.”

”Mut kyllä se tietysti, jos ajattelee ihon hoitoakin...kun on semmosii, et jos näkee, et on punoitusta...et jossain siel kulkee se tieto, että takamusta katsotava tai taiteita tai jotain muuta...”

Kirjaamatonta tietoa oli osastolla esiintyvä yleinen kuntouttava työtap. Tähän liittyvää tietoa ei hoitajien mukaan aina kirjattu. Toimintatapa oli olemassa kirjaamattomana liittyen hoidon suunnitteluun. Tämä tarkoitti sitä, että potilaiden kanssa toimitaan kuntouttavalla tavalla ja tarkoituksena oli pyrkiä säilyttämään potilaan toimintakyky mahdollisimman pitkään. Esille kirjaamattomaan tietoon liittyen tuli myös hoitajien toiminta tietyllä tavalla raportilla saatujen kirjattujen tietojen perusteella, vaikka kirjattua hoidon suunnittelua ei olisikaan.

”...kyllähän se kuntouttava ote on...kaikkihan sen tietää, et näin pitäis tehdä ja vaik ei potilaal olis mitään erityistä ni siltikin kuntoutetaan ja yritetään pitää toimintakyky...Vaik ei siin suunnittelu olisikaan mitään semmosta... et mä tarkotan sitä et siel on jotkut semmoset perustavat periaatteet olemassa. Minkä mukaan hoidetaan vaik ei olis mitään kirjattukaan. Ettei vaan niinku pestä ja käännetä kyljelt toiselle.”

”...raportilla sit näistä saa koko ajan tietoo, et onko lämpöä, verenpainetta, syö huonosti...on pyörtyny tai... kyllähän niitä koko ajan rekisteröi ja sit siltä pohjalta toimii vaik sitä ei tavallaan mihinkään paperille kirjaa että nyt toimitaan näin.”

6.1.3 Hoitotyön toteutuksen kirjaaminen

Hoitotyön toteutuksena kuvailtiin **hoitajälähtöinen päivittäinen hoitotyö, seuranta, avustaminen ja toiminta** sekä **potilaan oma kokemus**.

Hoitotyön toteutuksen kirjaaminen kuvailtiin hoitajälähtöisinä toimenpiteinä, mutta myös potilaan näkökulma nousi esille. Hoidon toteutusta kirjattiin Vuodeosasto suunnitelma -lomakkeelle (liite 5) sekä eri seurantasivuille.

Hoitajälähtöinen päivittäinen hoitotyö kuvailtiin hoitajälähtöisesti asioilla, joita hoitaja suoritti potilaalle. Näissä toiminnoissa ei potilaan näkökulma noussut esille.

”Kaikki mitä mä olen tehnyt. Niin mä yritän kirjata sen.”

”Esimerkiks ei voi kysyä ja vaan täytyy kirjottaa, että hoitaja on pessy vuoteeseen”

Seuranta hoidon toteutuksessa käsitti erilaiset mittaukset, otetut näytteet sekä mm. vatsan toiminnan. Näitä kirjattiin Vuodeosasto hoitosuunnitelma -lomakkeelle (liite 5) sekä erilaisille seurantasivuille, esim. dia-, RR- ja mittautulokset-lomakkeelle (liite 11).

”Nämä mitatut tulokset, otetut näytteet, tehdyt toimenpiteet”

” Sitten tietty kaikkiin... kurva, lämmöt...sehän on hoidon toteutusta, kun lämpöä mittaillaan ja vattaa toimitetaan ja neste... jos on iv- tippa, niin neste-lehdelle...”

Avustaminen ja toiminta käsitti toiminnot, joita potilas oli yksin jaksanut tehdä tai asiat, joita oli tehty yhdessä potilaan kanssa. Näitä olivat mm. ruokailutilanteet, kävelytykset, siirtymiset ja wc:ssä käynnit. Potilaan toimintakykyä kuvailtiin ja arvioitiin samanaikaisesti.

”Pyrin aina niinku sen, et millä tavalla on onnistunut se liikunta ja miten on yleensä liikkunut ja miten on mennyt..”

”Taikka sit ainakin on kirjattu jotenki, et tänään ei jaksanu syödä taikka... Taik osan ruuasta syönyt itse...”

”Sit et mitä potilas on jaksanu tehdä vaikka tänään...”

Potilaan oma kokemus tarkoitti asioita, joita potilas oli itse kertonut tai toivonut hoitonsa suhteen, taikka mitä hoitaja oli potilaassa hänen psyykiseen tilaansa liittyen havainnut. Myös omaisten tai muiden vieraiden käynnit kirjattiin, koska näillä seikoilla pystyttiin arvioimaan potilaan sosiaalista elämää.

”Ja vielä, millä tuulella potilas on ja vielä sitäkin, et käyks omaiset ja onko yhteyksiä... onko sitä sosiaalista puolta.”

”Millä mielellä asiakas on...että mitä hän on toivonut, että joku asia tehtäis.”

”Kaikki mitä potilaan kohdalla on tehty tai puhuttu tai potilas on kertonut jotain tai... kaikki tulee tähän kohtaan.”

6.1.4 Hoitotyön arvioinnin kirjaaminen

Hoitotyön arviointia kuvailtiin **hoitotyön vaikuttavuuden arvioinnilla, tavoitteiden toteutumisella, potilaan voimavarojen määrittelyllä, muutoksilla potilaan tilassa sekä potilaan omilla kokemuksilla**. Hoitotyön arviointiin saatu tieto oli lähtöisin hoitajilta, lääkäreiltä, fysioterapeuteilta, potilaalta itseltään taikka läheisiltä.

Hoitotyön arviointiin tarvittaviksi kirjatuiksi tiedoiksi määriteltiin potilaan aikaisempaan vointiin ja tilaan liittyvät kirjaukset sekä hoitotyön toteutukset ja tavoitteet. Arviointia kirjattiin Vuodeosasto hoitosuunnitelma -lomakkeelle (liite 5) muiden päivittäisten kirjausten ohkeen.

Hoitotyön vaikuttavuuden arviointi käsitti lääkityksen, haavanhoidon, sekä muun annetun hoidon arvioinnin. Jos potilas itse ei kyennyt kertomaan esimerkiksi lääkityksen vaikuttavuutta, hoitajat kirjasivat vaikuttavuuden oman havainnointinsa perusteella. Potilaan sekä hänen omaistensa tai läheistensä mielipide arvioinnissa otettiin huomioon kirjauksissa.

”No se nyt on ainakin, et jos on antanut jonkun lääkkeen, niin sit kirjaa siihen perään, kun on selvinny, että onko lääke auttanu vai eikö oo auttanu.”

”Omainenkin voi joskus sanoo, että tää lääke on nyt hyvä, mikä on aloitettu tai hän huomaa, et se on sopinut meidän äidille...sieltäkin se voi tulla, että... sitten kirjataan sinne, että potilaan tytär kertoi, että lääke on ollut hyvä.”

”Se tieto voi olla peräsin siltä potilaalta iteltä tai sit mää olen vaan ite huomannu tai havainnoinu sen muutoksen tai hoidon vaikutuksen.”

Tavoitteiden toteutuminen kuvailtiin intensiivikuntoutuspotilaiden kohdalla tapahtuvaa tavoitteiden toteutumisen arviointia.

”Et jos tietää sen hoidon ja tavoitteen, et missä vaiheessa sit ollaan siin janalla...Et ollaan niinku jossain vaiheessa aina.”

Arviointiin liittyi myös **potilaan voimavarojen määrittely**, joksi kuvattiin potilaan virkeystasoa sekä toimintakykyä. Toimintakykyä kirjattiin lähes päivittäin sekä intensiivikuntoutuspotilailla, mutta myös muilla potilailla, joilla fyysistä toimintakykyä vielä oli jäljellä.

”Kyllä sitä toimintakykyäkin arvioidaan just sen virkeyden suhteen ja sen liikunnan suhteen, ja mihin pystyy itse ja meneeks alaspäin.”

”Potilaan sen päiväisestä tilasta ja miten hän on toiminut ja miten mun mielestä ne asiat on onnistunu.”

Muutokset potilaan tilassa käsitti kirjaukset potilaan tilan ja voinnin muutoksista. Näitä olivat mm. limaisuus, kuume, yskä, väsymys, kipu ja yleistilaan liittyvät seikat. Potilaan tilaan liittyvinä asioina mainittiin myös esimerkiksi ihon kunto. Tiedot kirjattiin Vuodeosasto hoitosuunnitelma -lomakkeelle (liite 5) joko päivittäisten kirjausten kohdalle, tai sitten Huomioitavaa-alueelle.

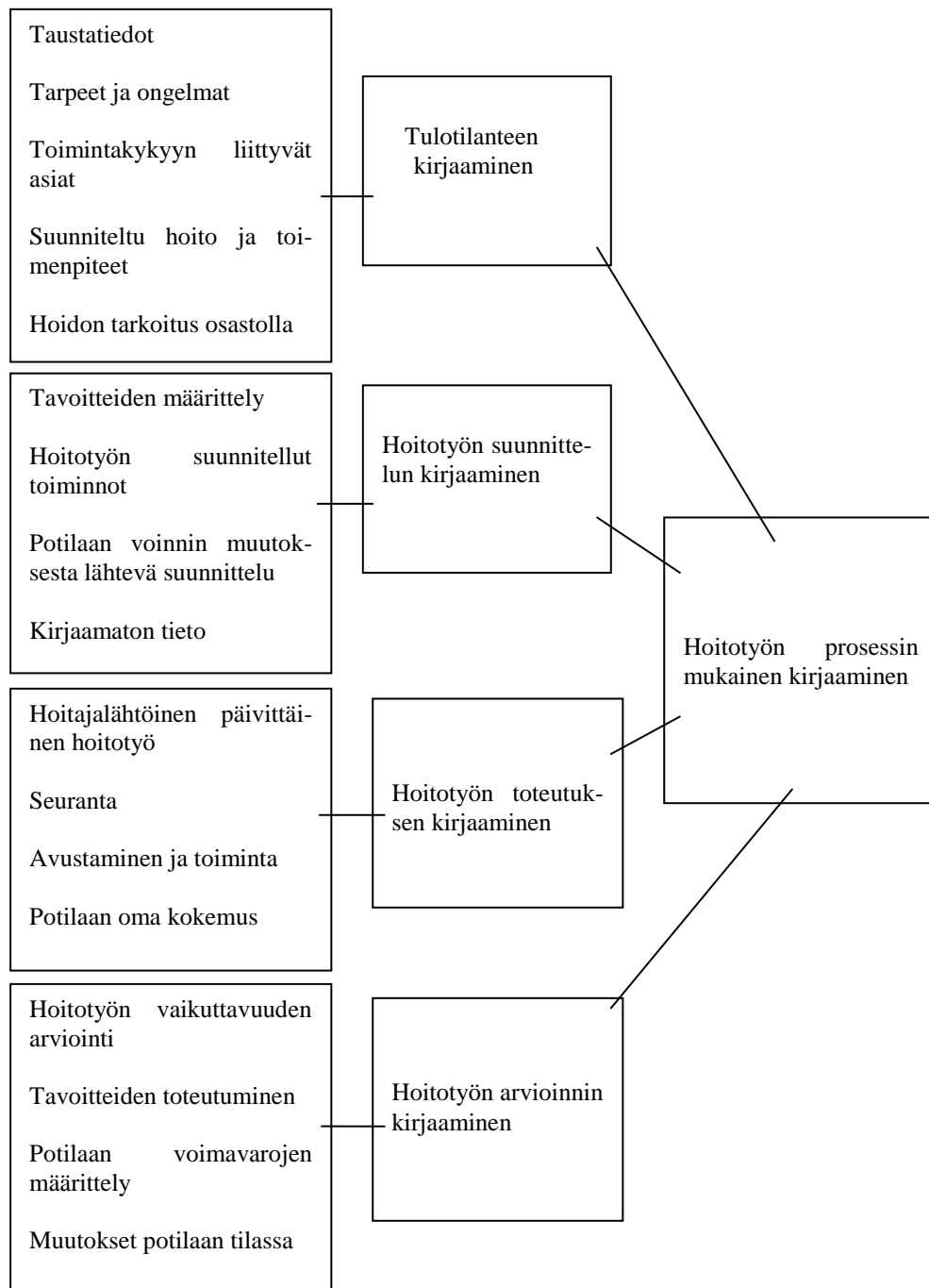
”Sekin on arviointia kai, jos potilas on ollut keuhkokuumeessa ja kovat kuumeet, niin sitten tätä, jos on kovin voipunut ollut, niin sitten onko ollut pirteempi taas. Ehkä parin päivän päästä.”

”Ehkä mä kirjaan...sen, että huom. erityys lisääntynyt, huom. kivut lisääntyneet.”

Myös **potilaan omat kokemukset** kirjattiin hoidon arvioinnissa kuvaamalla sitä, millä mielellä potilas on tai miltä hänestä tuntuu. Nämä seikat koskivat sekä psyykkisiä että fyysisiä tuntemuksia.

”Jos on tämmönen asiakas, et kykenee puhumaan, niin miltä niinku hänestä ittestänsä tuntuu..”

”Hän voi vaik kertoa, et on vähemmän tarvinnu kipulääkkeitä.”



Kuvio 1 Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen

6.2 Kirjatun tiedon käyttö hoitotyössä

Kokemukset kirjatun tiedon käytöstä jakautuivat **tiedon lähteisiin, tiedon hyödyntämiseen hoitotyössä sekä tiedonkulkuun**. Yhdistäväksi luokaksi muodostui **kirjatun tiedon käyttö hoitotyössä**. (Kuvio 2, s. 29)

6.2.1 Tiedon lähteet

Tiedon lähteinä määriteltiin **subjektiivinen, objektiivinen ja dokumentoitu tieto**

Subjektiivisella, potilaslähtöisellä tiedolla tarkoitettiin tietoja, joita sai potilaalta itseltään. Jos potilas itse ei pystynyt kertomaan asioitaan, niitä kysyttiin omaisilta ja läheisiltä. Haastatteluissa tuli esille, että hoitajat kuuntelivat ja arvostivat potilaan tai hänen omaisen/läheisen tietämystä ja toiveita. Vuorovaikutuksessa heidän kanssaan saatiin esille asioita, joista koettiin olevan hyötyä potilaan hoidossa.

”Potilaalta iteltä kysellään mahdollisimman paljon, se tietää itte kaikki paremmin kuin kukaan muu.”

”Sit jos on omainen niin omaiseltahan saa kyllä. Omainen yleensä on sen potilaan tavallaan asiantuntija.”

Objektiivisena tietona kuvailtiin hoitajan itse havainnoimina seikkoina potilaan tilassa sekä muulta hoitohenkilökunnalta, fysioterapeutilta tai lääkäriltä saatuja tietoja. Havainnointia tapahtui tietoisesti, jolloin etsittiin tiettyjä seikkoja potilaan vointiin liittyen. Havainnointia esiintyi myös tiedostamatta, jolloin ei välttämättä tietoisesti pyritty potilaan vointiin liittyviä seikkoja selvittämään, mutta jotka tulivat esille mm. potilasta haastatteleamalla ja katsomalla.

”Jos siirtyy toiselta osastolta, niin toisen osaston hoitajilta.”

”No usein tulee katottua vielä peiton allekin tai iholle, onko siellä ongelmia.”

”... Mutta tavallaan niinku kun mä sen potilaan kans puhun , niin siinä selvittää sitä et miten oli se potilas ja kuinka paljon se oikeesti osaa sanoo omista asioistaan... se on kumminkin semmosta vuorovaikutusta et siinä varmaan selvittää tietämättään kaikennäköistä. Mitä ei nyt ajattele niinku selvittävänsä mut sen vaan havannoi siinä.”

Dokumentoitu tieto käsitti hoitajan lähetteen sekä sähköiset potilasasiakirjat. Jos potilaasta oli kirjattu tietoja riittävästi, koettiin hoitotyö helpommaksi.

”Jos on kirjattu siitä potilaan kunnosta ja toiminnasta yleensä, et kyllähän siitä saa sillon tietoo, et minkälainen se potilas on ja siltä pohjalta pystyy toimimaan.”

”Mutta sitten mää menen kyllä ensimmäiseks ehkä koneelle ja katon sen sairaalan puolen epikriisin sieltä osastolta.”

6.2.2 Tiedon hyödyntäminen hoitotyössä

Tiedon hyödyntämisessä hoitotyössä kuvailtiin tietoa, jota oli kirjattu potilasasiakirjoihin ja joita hyödynnettiin monella eri tavoin. Näitä olivat **hoitotyön jatkumisen turvaaminen, oikean hoidon antaminen, tärkeysjärjestys hoitotyössä, apuna hoidon suunnittelussa, apuna hoitotyön arvioinnissa sekä ongelmien ennaltaehkäisy.**

Hoitotyön jatkumisen turvaaminen toteutui, kun kirjattujen tietojen perusteella pystyttiin hoitamaan potilaita.

”Kun oma työvuoro päättyy, niin toinen tietää jatkaa...siitä se hoito jatkuu suurin piirtein semmosena, kun sen hoidon on tarkoitus jatkaa.”

”...niiden perusteella sit sitä potilasta pitäis sitten ruveta hoitamaan...”

”...Kirjattu tieto on perusta, että se hoito voi jatkaa.”

Oikean hoidon antamisella tarkoitettiin esimerkiksi oikeiden lääkkeiden antamista potilaalle. Oikeanlaista hoitoa ilmaistiin olevan helpompi toteuttaa, kun siihen liittyvät tiedot olivat kirjattu. Toiminnan selkeyttä kuvailtiin varsinkin intensiivikuntoutuspotilaiden kohdalla, joille oli tehty kuntoutussuunnitelma.

”...lääkkeet oikeeseen osoitteeseen ja oikeenlaisesti jaettuna...”

”Kyl se hyvä on, et olis kyllä mahdollisimman paljon kirjattuna, että jokin sais sieltä...löytäis sen tiedon, mitä tarvii potilaan hoidossa.”

”No sit mun tulee lähinnä noi kuntoutuspotilaat mieleen, kun niillä on jonkinsorttinen kuntoutussuunnitelma kuitenkin tehty. Se on semmonen selkeempi.”

Kirjatulla tiedolla oli myös merkitystä **hoitotyön toteuttamisen tärkeysjärjestyksessä**, jolloin pystyttiin huomiomaan, mikä on ensisijaista potilaan hoidossa.

”...kaikki pystyy sitten niinkun kattomaan ja huomioimaan sen, että mikä siinä tärkeintä on potilaan hoidossa...että mihin pitäis keskittyä.”

Kirjatut tiedot olivat apuna **hoitotyön suunnittelussa**. Esimerkiksi lääkäri ja hoitajat saivat tiedon, onko hoito oikea tai riittävä. Tulevaa hoitopaikkaa tai kotiutumista voitiin tietojen perusteella suunnitella sekä intensiivikuntoutuspotilaiden kohdalla hoitajat hyödynsivät ja noudattivat kirjattuja kuntoutussuunnitelmia. Lisäksi, kun tiedossa oli, minkälainen potilaan vointi on ollut, hoitotyötä pystyttiin suunnittelemaan.

”Että nyt on tätä ja tätä hoitoa kokeiltu ja tää on osoittautunut paremmaks. Tällä varmaan kannattaa jatkaa.”

”Siitä näkee, että onko tapahtunut huononemista, niin tarviiko jonkun tehokkaamman hoitopaikan...”

”Siitä saa selville sen, että kuinka päivä on menny, kuinka potilas on voinu, onko ollu kivulias, onko tarvinnu jotain lääkkeitä. Muuten että...ihan kaikkia perusjuttuja, miten ruoka on maistunu..kaikki tämmöset...siitä saa ne tiedot ihan, että mitä päivän mittaan on tapahtunu.”

Kirjausten avulla hoitajat pystyivät arvioimaan potilaan tilaa ja vertaamaan sen hetken tilannetta aikaisempaan, jolloin tieto oli apuna **hoitotyön arvioinnissa**.

”No sieltä pystyy esimerkiksi seuraamaan, miten se vointi on muuttunu ja onko esimerkiksi liikkumisessa tullu jotain parannusta tai huononnusta tai muussa voinnissa.”

”Siitä näkee, onko tapahtunu huononemista.”

”Etsitään niit vanhoi ja palataan siihen kyllä...arvioidaan, et oks nyt ollut siin vaihees, et täytyy saada aiihen hoitoon joku muutos.”

Tietoja käytettiin lisäksi **ongelmien ennaltaehkäisyyn**. Hoitajat pyrkivät toimimaan kirjattujen tietojen perusteella niin, ettei samasta syystä tulisi uudelleen ongelmaa.

”Tietenkin ennaltaehkäisen aina. Mut sit jos on joku paikka, mikä on saatu kuntoon, niin koitan sillä tavalla toimia, et se ei niinku uudestaan tulis ongelmaa siitä asiasta.”

6.2.3 Tiedonkulku

Kirjatuilla tiedoilla turvattiin **tiedon kulku**. Tiedon kulkuun liittyi **olennaisen tiedon saaminen, tietojen tarkistaminen sekä tietojen käyttö raportoinnissa**.

Olennaisen tiedon saaminen tarkoitti sitä, että hoitajat saivat tietoa siitä, mikä oli sillä hetkellä tärkeintä potilaan hoitotyössä. Olennaisena asiana koettiin myös se, että kirjatuista tiedoista löytyi omaisten tiedot helposti.

”Kaikki pystyy sitten niinkun katsomaan ja huomioimaan sen, että mikä siinä tärkeintä on potilaan hoidossa, että mihin pitäisi keskittyä.”

”Ja sit jos tarvii ottaa yhteyttä omaisiin tai muihin, niin siel on kaikki tiedot ylhäällä ja löytyy helposti sitten.”

Tietoja tarkistettiin kirjatuista tiedoista. Hoitajat kokivat, että muistin varaan ei voinut jättää potilasta koskevia tietoja, vaan jostain ne tuli löytää myös dokumentoituna. Esille nousi lisäksi juridinen näkökulma: Mahdol-

lisissä hoitovirhetapauksissa oli tärkeää pystyä tarkistamaan asioita. Useasti myös omaiset kysyivät potilaan päivän tapahtumia ja sen kulkua, jolloin tietoja koettiin olevan helppo tarkistaa potilastiedostoista.

””Kyl niit siin päivittäises hoidos on vaan pidettävä mieles ja tarkistettava sielt niit kaikkia tietoja että...kyl se hyvä on, et olis kyllä mahdollisimman paljon kirjattuna, että jokainen saisi sieltä...löytäis sen tiedon, mitä tarvii potilaan hoidossa. ”

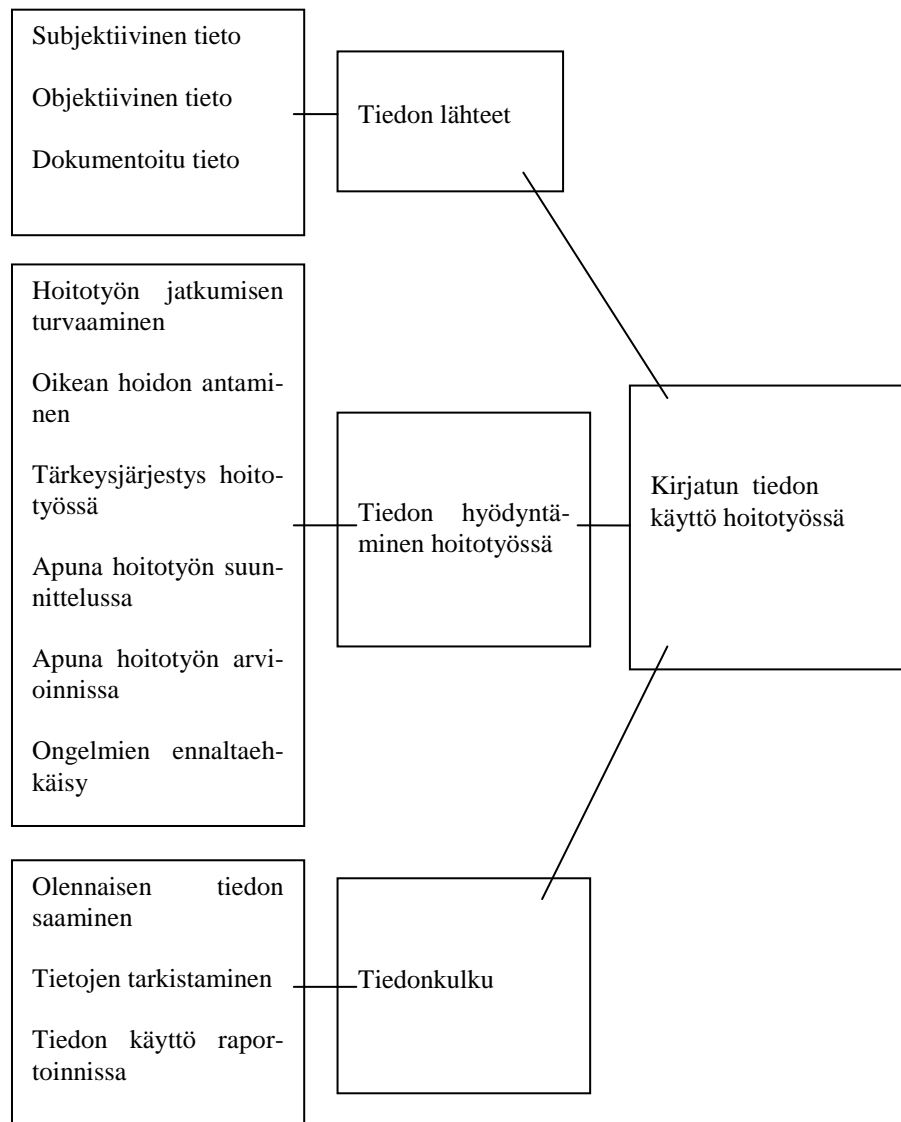
”Ei muistin varaan voi oikeen paljon kyl jättää. Kyl se täytyy olla jostain löydettäväs se tieto. Sit jos kävis viel jotenkin niin et tulis vaik joku hoitovirhe...tai et omaiset alkais...et haluttais seurata taaksepäin jotain asiaa, ni kyl se sillonkin olis tärkeetä, et se oli hyvin kirjattu sinne.”

”Omaiset haluu tietää, mitä kuuluu.”

Dokumentoituja tietoja käytettiin kaikessa osastolla tapahtuvassa **raportoinnissa**.

”No kyllähän niistä raportilla haetaan tietoa, että kummonen se potilas on, niin kerrotaan taas sitten eteenpäin seuraavalle vuorolle, niin siinä katsotaan aika tarkkaan uuden potilaan kohdalla kaikki ne et mitä siin on kirjoitettu. Ja sitten tarpeen mukaan jos on vieraampi potilas, niin sieltähän löytyy sit sieltä alkuteksteistä enemmän tietoo yleensä...tarkemmin, että kummonen potilas on...”

”Mä kerron raportilla ihmisestä...niin se tulee sillä tavalla... miks hän on tullut ja mitkä on hänelle tärkeitä asioita. Se olis varmaan ihan ensimmäinen, mitä mä raportoin.”



Kuvio 2 Kirjatun tiedon käyttö hoitotyössä

6.3 Kirjaamista ja sen hyödyntämistä estävät tekijät

Kokemukset kirjaamiseen ja sen hyödyntämiseen liittyvistä ongelmista määriteltiin **kirjaamiseen varatun tilan puuttumisena, riittämättömänä kirjaamisena** sekä **tiedon hyödyntämisen ongelmina**. Yhdistäväksi tekijäksi nousi kirjaamista sekä sen hyödyntämistä estävät tekijät. (Kuvio 3, s. 34)

6.3.1 Kirjaamiseen varatun tilan puuttuminen

Hoidon suunnitteluun varatun tilan puuttuminen koettiin seikkana, joka vaikeutti tiedon kirjaamista ja siksi myös kirjaamisen sisältöä. Hoidon suunnittelua kirjattiin Vuodeosasto hoitosuunnitelma -lomakkeelle (liite 5), jonne kirjattiin myös päivittäiset tapahtumat. Edellä mainitussa sivussa on rajattu yläosa, jonne mahtuu vain vähän tietoa. Tämä alue on varattu pääasiassa tulevia toimenpiteitä ja tutkimusaikoja varten. Hoitajat kertoivat kirjaavansa lisäksi Vuodeosasto hoitosuunnitelma -lomakkeen (liite 5) oikealla olevaan Huomioitavaa-alueelle, jonne ei mahtunut paljoakaan kirjattua tietoa. Käytössä oli lisäksi Elämisen toiminnot -lomake (liite 10), jota ei kuitenkaan koettu hoidon suunnittelun kirjaamiseen tarkoituksenmukaisena. Haastateltavista hoitajista osa ei maininnut suunnitelmaan varatun tilan puuttumisen hankaloittavan kirjaamista, he kertoivat kirjaavansa Vuodeosasto hoitosuunnitelma -lomakkeelle (liite 5) ja olettivat tiedon sieltä löytyvän.

”Periaattees se on se vuodsu- lehden yläosa. Mut ei siin ihan kauheen suurta tilaa kyllä oo.”

”...jotenkin mä ajattelin, et se vuodsulehden se vasen sivu on vaan niin lääkärin määräyksille, niin ei sinne ny oikein voi mennä. Ja sit se oikea sivu, niin ei sitäkään niin sillai käytetä tuohon tarkoitukseen...että ei meil oikein oo semmosia kunnollisia. Ja sit taas jos ajattelis elämisen toimitosivua, niin ei siel...”

Hoitajat kokivat, että **hoidon arviointiin varatun tilan puuttuminen** vaikeutti olennaisesti hoidon arvioinnin kirjaamista ja siihen liittyvän tiedon löytämistä. Hoidon arviointia kirjattiin Vuodeosasto hoitosuunnitelma -lomakkeelle (liite 5), tästä syystä koettiin, että arviointi häviää siellä muun tekstin joukkoon. Jossain tapauksissa saatettiin käyttää edellä mainitun lehden Huomioitavaa-aluetta.

”En kirjaa minnekään...niin no siihen oikeanpuoleiseen reunaan.”

”Tässä nykyisessä systeemissä se ei tavallansa erotu sieltä. Se arviointi. Oikeestansa mitenkään. Sen kummemmin siitä muusta tekstistä. Jos ei osaa sitä sieltä hakee...Nyt nykyisellään se on ehkä sellasta et se hukkuu sinne muun tekstin joukkoon. Sitä on vaikee hyödyntää.”

”Ei näis nykyisis kaavakkeis niille oo paljon muuta ku se vuodsu-lehden päivittäinen. Tulisko sinne yläpalkkiin kirjattua sinne? Ei siihen kyl oo tapana kai laittaa. Kun ajattelee, et siin on vaan vähän tilaa....ei siihen ku-

kaan kyl kirjaa, et se...kyl ne on siel päivän kohdalla. Ei nois kaavakkeis oo semmost. Muuta ei oikein oo. Se on se meidän päivittäinen vuodsu-lehti, mihin laitetaan.”

6.3.2 Riittämätön kirjaaminen

Riittämättömän kirjaamisen kohdalla kuvattiin **kirjaamisen vähäisyyttä, puutteita hoitotyön suunnittelun kirjaamisessa** sekä **puutteita hoitotyön arvioinnin kirjaamisessa**.

Kirjaamisen vähäisyytenä koettiin, että kaikkia hoitotyöhön liittyviä asioita ei kirjattu niin hyvin, kuin olisi toivottavaa. Varsinkin uuden potilaan tullessa osastolle koettiin, että tietoa pitäisi saada riittävän paljon. Hoitajan lähetteen koettiin olevan tiedoiltaan suppea, tämä hankaloitti riittävän tiedon saantia uudesta potilaasta. Saman sairaalan toiselta osastolta sekä kotoa tulevan potilaansähköiset kirjaamismerkinnät koettiin vähäisiksi tai kirjaamista ei ollut lainkaan.

”...jos on puutteelliset tiedot siinä päivittäin luettavassa raporttilehdessä taikka sit ajan puute, et ei oo aikaa lukee sitä koko tekstiä, niin sieltä jää puuttumaan semmosia tietoja, mitä sä et sit taas vastaavasti ittekään kerkiä käydä tarkistamassa...”

”Jos olis esimerkiks kun sairaalan puolelta potilas siirtyis, niin siellä olis Efficaan kirjattu kans sillai kun mekin kirjataan, niin sieltähän saisi hyvin tietoo. Mutta tällä hetkellä siellä puolella ei niin kauheesti sinne kirjata, niin toiselta osastolta siirryttäessä on vaikee löytää semmosia hoitajien kirjoittamia tekstejä.”

”...tuli siis kotihoidosta meille potilas haavanhoitoon. Niin siel ei ollu missään mainintaa, millä sitä hoidetaan. Et aina vaan luki, et haava hoidettu. Mut ei missään ollu niinku, että miten hoidetaan.”

Hoitotyön suunnittelua ei hoitajien mukaan useasti tehty. Tämä seikka nousi esiin varsinkin pitkäaikaipotilaiden kohdalla. Konkreettisten suunnitelmien tekeminen koettiin lisäksi vaikeana.

” Se on varmaan just semmonen, mikä jää vähemmälle. Et se on ehkä enemmän just näiden kuntoutuspotilaiden kohdalla, kun suunnitellaan sitä hoitoo. Täällä ei oo sellasta varsinaista hoitosuunnitelma- kaavaketta käytössä. Niin sen mitä niinku vuodsulehdelle tulee kirjattua, niin siihen tulee oheen tietysti jonkinnäköistä suunnitelmaa. Mut ei mitään varsinaista suunnitelmaa mun mielest sillä tavalla tehdä.”

”Eihän meillä ole sen potilaan kohdalla sitä, että tavoitteena jotain määritettyä, mitä päivittäin toteutuis.”

”Onhan siin, jos me nyt aletaan suunnittelemaan, kun tulee vuodepotilas meitille. No eihän me mitään suunnitella siihen...saada käveleväks tää tai pyörätuoliin. Ei meitillä oo mitään semmosta suunnitelmaa. Me vaan kirjataan sen hetkinen tilanne oikeestaan, kun tulee. Me ei kirjata sitä mihin-

*kään. Ihan oikeesti. Sit me muutetaan vaan sitä Elämisen toiminnot-
kaavaketta, jos tilanne muuttuu. Mut suunnitelmaa ei”*

Jos potilaan kohdalla hoidon suunnittelua ei ollut tehty, yritettiin kirjattu-
jen tietojen perusteella päätellä, mikä saattaisi hoidon suunnitelma olla.

*”Täs on vaan se pointsi et meil ei yhteisesti oo koskaan suunniteltu mi-
tään...tavallaan sää ite niinku revit sieltä rivien välistä, et täs on varmaan
tämmönen tarkoitus ja sit sul on itellä joku ajatus, mikä sun mielestä on
hyvää hoitoo tän potilaan kohdalla. Sit sen mukaan yrittää ite toimia.”*

Puutteita koettiin olevan myös **hoitotyön arvioinnin kirjaamisessa**. Esi-
merkiksi lääkkeen tai uuden haavanhoidon vaikutus koettiin jäävän jois-
sain tapauksissa liian vähäiselle arvioinnille, taikka arviointia ei kirjattu
lainkaan.

”...Onko ollut vaikutusta...se jää usein merkkäämatta lääkkeitä...”

*”Ja niinku näin pientä asiaa siin potilaan ongelmakentäs, niin ei välttä-
mättä tuu niin kauheesti arvioituu ja tutkittuu, oks asial mitään tavoitetta
tai semmosta...”*

6.3.3 Tiedon hyödyntämisen ongelmat

Tiedon hyödyntämisen ongelmina kuvattiin **ajan riittämättömyys tieto-
jen hyödyntämiseen, hyödyntämisen vaikeus** sekä se, että **tieto ei ole
ajantasaista**.

Useimmin haastatteluissa esiintyvä tiedon hyödyntämiseen liittyvä ongel-
ma oli **ajan riittämättömyys tietojen hyödyntämiseen**. Tämä koettiin
seikkana, joka vaikeutti potilaan hoitamista. Jos ei ehtinyt rauhassa tutki-
maan ja sisäistämään potilaasta kirjattuja asioita, koettiin hoidon laadun
heikentyvän. Samoin silloin, jos kiireestä johtuen ei ehtinyt tarkistamaan
potilaasta kirjattuja seikkoja, koettiin, että potilaan hoito jäi jopa puutteel-
liseksi.

”Sanotaan niin, et taas tulee tää aika ja resurssit. Aina ei kerkiä. ”

*”...no yks on se että jos potilaalla on niinku kauheesti erilaisia muistetta-
via asioita...niin...sitten kyllä välillä mun mielestä tulee semmonen tunne,
että on niin kiire missä sä et kerkii niinku rauhassa tutkia sen potilaan pa-
pereita ja sisäistää niitä asioita...”*

*”...taikka sit se ajan puute, et ei oo niinku aikaa lukee sitä koko tekstiä, ni
sieltä jää puuttumaan semmosia tietoja, mitä sä et sit taas vastaavasti itte-
kään kerkiä käydä tarkistamassa ja sit sitä ei periaatteessa oo muuta ku
kirjattu ja kukaan ei tee sitä...”*

Haastatteluissa nousi esiin myös, että kirjattujen tietojen **hyödyntäminen oli vähäistä**. Olosuhteiden koettiin olevan sellaiset, ettei tietoja voitu taikka haluttu hyödyntää. Hyödyntäminen koettiin myös joskus vaikeana.

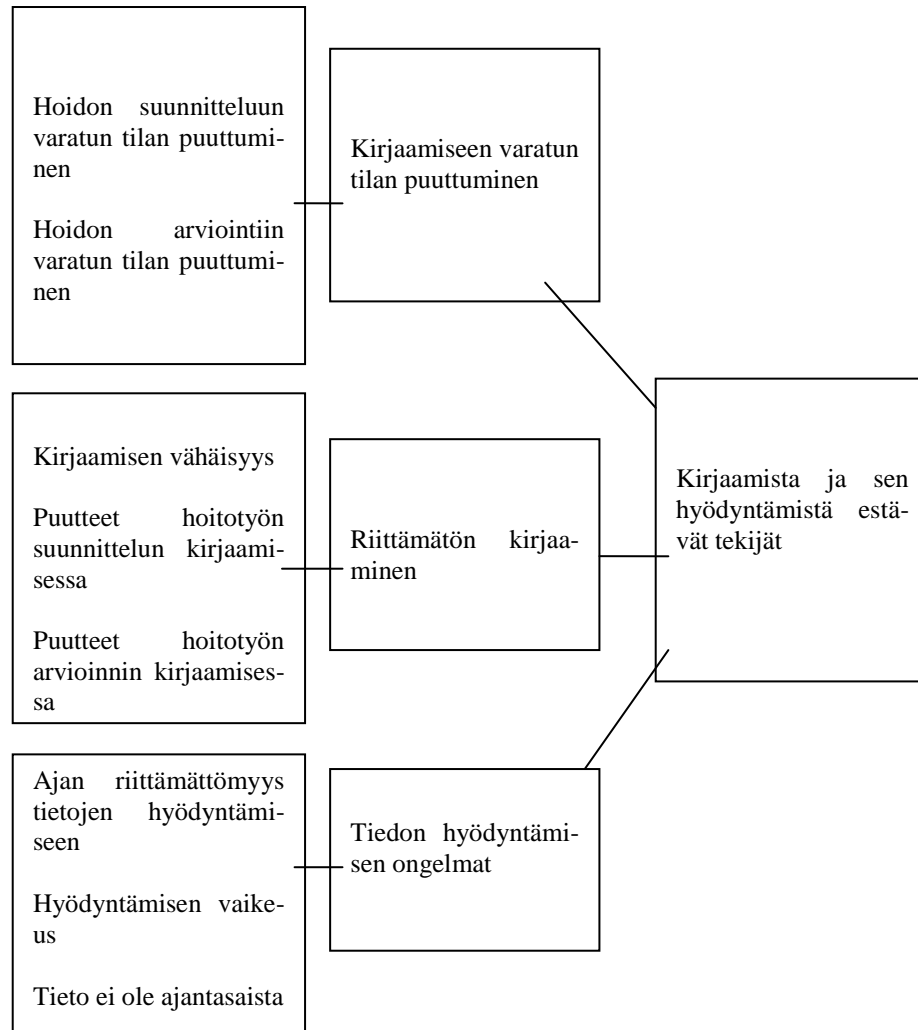
”On tilanteita, missä sitä ei aina niinkun voi hyödyntää, ei jotenka ole sellaiset olosuhteet. Että sieltä vois hyödyntää. Mutta mul on tästä hetkestä semmonen oloila, että meidän osastolla tällä hetkellä et joko ei aina oo halua hyödyntää tai sitten se et ei oo mahdollisuutta hyödyntää vaik sä tiedät sen, mut sitten... aika paljon varmaan sitä hyödyntääkin ain, kun se on mahdollista.”

”Varmaan sitä hyödynnetään loppujen lopuksi aika huonosti.”

Tiedon ajantasaisuudessa koettiin olevan puutteita ja esille nousikin toive siitä, että kaikki käyttäisivät sähköisiä potilasasiakirjoja, jolloin potilasta koskeva reaaliaikainen tieto kulkeutuisi hoitopaikasta toiseen.

”...et mun mielestä on vähän huonompaa, kun kotoo tulee, niin ei välttämättä oo ne tiedot siellä sähköisesti ajan tasalla jotenkin että...”

”Tietysti tää sähkönen kirjaaminen kun on mones paikkaa niin olis hyvä kun se olis ajan tasalla et jokainen osasto käyttäis vaan sitä.”



Kuvio 3 Kirjaamista ja sen hyödyntämistä estävät tekijät

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa ja kuvailla hoitohenkilökunnan nykyistä kirjaamistapaa teemahaastattelumenetelmää apuna käyttäen. Haastateltavat ilmoittautuivat vapaaehtoisesti haastatteluun (liite 6). Tästä voisi päätellä, että haastateltavilla oli motivaatiota haastatteluun ja he kokivat että heillä oli jotain kerrottavaa. Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu sen laadusta. Laadukkuutta voidaan tavoitella tekemällä hyvä haastattelurunko, huolehtimalla teknisen välineistön toimivuudesta, pitämällä haastattelupäiväkirjaa sekä pyrkimällä litteroimaan haastattelu mahdollisimman nopeasti. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 184–185.) Ennen teemahaastattelun rungon muodostamista perehdyttiin teoretietoon hoitotyön prosessista. Myös monen vuoden kokemus sähköisestä kirjaamisesta ja tietämys hoitotyön prosessinomaisesta kirjaamisesta toi lisäymmärrystä tutkittavaan asiaan. Teema-alueet pohjautuivat teoreettiseen tietoon, joka tarkoitti tässä opinnäytetyössä hoitotyön prosessia ja kirjatun tiedon käyttöä hoitotyössä. Teemahaastattelun runkoa (liite 7) apuna käyttäen kysyttiin kaikilta vastaajilta samat kysymykset.

Haastattelut suoritettiin poissa osastolta rauhallisessa huoneessa, jossa häiriötekijöitä ei esiintynyt. Haastattelussa käytetty nauhuri toimi kaikkien haastattelujen aikana moitteettomasti. Haastattelusta pyrittiin luomaan tasavertainen ja dialoginen tilanne, jotta vastaajien olisi helppoa kertoa näkemyksistään. Teemahaastattelussa luotettavuutta lisäsi se, että tarkentavia kysymyksiä esitettiin varmistamaan se, että aiheesta saatiin riittävän kattava kuva. Myös haastateltavat saivat kysymällä tarkentaa, että he olivat ymmärtäneet aihealueen.

Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanasta sanaan mitään lisäämättä tai pois jättämättä. Litteroituun aineistoon perehdyttiin huolellisesti ja usean lukukerran jälkeen tarkasteltiin, olivatko haastateltavat vastanneet juuri siihen kysymykseen, jota oli kysytty. Koska teema-alueet olivat hoitotyön prosessin mukaisia, huomattiin, että vastaajat saattoivat vastata kahteen eri teema-alueeseen samanaikaisesti, esimerkiksi hoitotyön toteutukseen ja hoitotyön arviointiin. Tämän vuoksi aineisto analysoitiin huolellisesti, jotta vastauksista pystyttiin erottamaan eri teema-alueet.

Haastattelija oli itse työskennellyt samalla osastolla kuin haastateltavat hoitajat. Aineistoa analysoitaessa oli huomioitava, että aineistoa analysoitiin avoimin mielin objektiivisesti. Analysoinnin aikana jouduttiinkin useasti palauttamaan mieleen se, ettei oma kokemus saa vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Refleksiivisyys edellyttää sitä, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja hän kykenee arvioimaan, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Uskottavuus merkitsee tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä uskottavuuden osoittamista tutkimuksessa. Tekijän tulisi siis varmistaa, että tutkimuksen tulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä

tutkittavasta kohteesta. Uskottavuutta voidaan vahvistaa keskustelemalla tutkimuksen tuloksista tutkimukseen osallistuvien kanssa. Heitä voidaan mm. pyytää arvioimaan tulosten paikkansapitävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tässä työssä uskottavuutta parannettiin aineiston analysoinnin jälkeen esittämällä tulokset osaston henkilökunnalle osastokokouksessa, jolloin hoitajat saivat kommentoida ja arvioida tutkimuksen tuloksia, sekä halutessaan esittää eriävän mielipiteen. Osastokokouksessa ei eriäviä mielipiteitä noussut, joitain kommentteja liittyen tuloksiin tuotiin esiin.

Tutkimuspäiväkirjaa pidettiin siitä alkaen, kun haastattelut oli tehty. Tämä tukee tutkimuksen vahvistettavuutta. Tutkimuspäiväkirja, jonne kirjattiin omia ajatuksia ja todettuja seikkoja, toimi muistiinpanovälineenä, jonne voi palata yhä uudelleen halutessa tarkistaa asioita.

7.2 Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa ja kuvailla erään etelä-suomalaisen perusterveydenhuollon vuodeosaston hoitajien näkemystä nykyisestä kirjaamisen toimintatavasta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitotyön prosessin esiintymisestä kirjaamisessa, hoitotyön kirjaamisen sisällöstä, hoitotyössä tarvittavan tiedon saannin lähteistä, Effic-lomakekannan käytöstä sekä siitä, miten kirjattua tietoa hyödynnetään.

Potilaan tullessa osastolle hoitajat pyrkivät kirjaamaan tiedot kattavasti ja ytimekkäästi. Tämä helpotti hoitajien toimintaa ja suunniteltu hoito ei riittämättömän tiedon saannin vuoksi keskeytynyt. Koska potilaan osastolle tulotilanne käsitettiin aikana, jolloin hän saapuu osastolle, sekä aikana, jonka vastaanottava hoitaja käyttää potilaan, saattajan tai omaisen/läheisen haastatteluun, ei tässä vaiheessa varsinaista hoitotyön suunnitelmaa tehty. Haastateltavien mukaan potilaan omaa näkemystä hoidostaan ei myöskään myös tässä vaiheessa kartoitettu, vaan tarpeilla ja ongelmilla tarkoitettiin aikaisempia, mm. toisella osastolla määriteltyjä ongelmia taikka tulohetkellä olemassa olevia ja havaittavia ongelmia. Samansuuntaisia tuloksia tutkimuksessaan on saanut Koota (1998, 43), jonka mukaan potilaan oma näkemys on tulotilanteessa vaikeimpia asioita kartoittaa.

Hoitotyön suunnittelussa tavoitteiden määrittelyä suoritettiin ja kirjattiin pääasiassa intensiivikuntoutuspotilaiden kohdalla liittyen potilaan fyysisen kuntoutumisen tavoitteisiin. Suunniteltuja hoitotyön toimintoja kirjattiin melko kattavasti kaikkien potilaiden kohdalla. Leinon (2004) tutkimustuloksissa esille nousi puutteellisuus hoidon suunnittelun kirjaamisesta yhdessä potilaan kanssa. Myös tässä opinnäytetyössä saatiin samansuuntaisia tuloksia, vaikka potilaan toiveet otettiinkin suunnittelussa huomioon.

Hoitotyön suunnittelussa esiin nousi kirjaamaton tieto, joka tarkoitti osastolla yleisesti esiintyvää kuntouttavaa työtapaa. Tällöin ei hoidon suunnittelussa erikseen aina näkynyt tavoitetta potilaan toimintakyvyn ylläpitämisestä, koska osastolla yleisesti toimittiin niin, että toimintakyky säilyisi. Kyvyn toimia tietyllä tavalla ja osaamisen päätellä monia seikkoja tietojen perusteella voisi luokitella hiljaiseksi tiedoksi, joka kehittyy ammattitaidon kasvaessa. Toivolan (2009, 44–45) tutkimuksen mukaan tieto organi-

saation ja muiden työntekijöiden toimintatavoista on tärkeää jokapäiväisessä työssä. Työn tekeminen helpottuu ja asiat toimivat siksi, koska työntekijöillä on yhteinen kokemus ja näkemys siitä, miten asiat olisi hyvä tehdä.

Ikosen (2007, 53) tutkimuksessa hoitohenkilökunta arvioi parhaiten osavansa kirjata hoitotyön toimintoihin liittyvät seikat. Myös Kaakisen ym. (2008) mukaan sairaanhoitajat osasivat kirjauksissaan kuvata hoidon toteutusta hyvin. Samansuuntaisia tuloksia saatiin tässäkin opinnäytetyössä, jonka mukaan hoitotyön toteutusta kirjattiin paljon. Hoitotyön toteutusta kirjattiin hoitajalähtöisenä ja hoitajan havainnoimina seikkoina, mutta myös potilaan kertomaa ja toiveita kirjattiin. Hoitajalähtöistä päivittäistä hoitotyötä kuvattiin asioilla, joita hoitaja suoritti potilaalle ja joissa potilaan oma kokemus tai toive ei tullut esille. Hoitajalähtöisenä toimintana kuvattiin myös erilaiset seurantaan liittyvät seikat, joita määriteltiin mitattuina tuloksina ja tehtyinä toimenpiteinä. Näitä kirjattiin erilaisille seurantalehdille, joten potilaan näkemystä ei näille lehdille olisi ollut mahdollista kirjatakaan. Avustamisen ja toiminnan kirjaamista kuvattiin mm. potilaan omaan toimintakykyyn liittyvillä seikoilla ja asioilla, joita oli potilaan kanssa yhdessä tehty. Samalla kirjauksissa esiintyi myös arviointia liittyen potilaan voimavaroihin ja toimintakykyyn. Näissä kirjaamisissa nousi esille potilaslähtöisyys.

Hoitotyön arvioinnissa koettiin olevan puutteita ja jotta tavoitteiden toteutumista voitiin arvioida, koettiin, että tiedossa tuli olla hoidon tavoite ja sen toteutus. Myös Ihalaisen (2000, 45) tutkimuksessa nousi samansuuntaisia asioita esille. Leinon (2004) tutkimuksessa ilmeni hoitotyön kirjaamisen potilaslähtöisyys sekä perhekeskeisyys. Lehti ym. (2000, 5) tuovat tutkimuksessaan esille, että oleellisia asioita potilaan seurannassa ovat potilaan omat näkemykset ja kokemukset hoidosta sekä sen vaikutuksista. Myös tämän opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat käyttivät hoitotyön vaikuttavuuden ja potilaan voimavarojen arvioinnissa oman havainnoinnin lisäksi myös potilaan tai hänen läheisensä mielipidettä.

Tavoitteiden toteutumisen arviointia käytettiin lähinnä intensiivikuntoutuspotilaiden kohdalla heidän kuntoutumistaan arvioitaessa. Tuloksissa esille nousee, että koska selkeitä tavoitteita laadittiin pääasiassa intensiivikuntoutuspotilaille, vain heidän kohdallaan suoritettiin myös tavoitteiden toteutumisen arviointia. Huomioonotettavana seikkana nousi esille myös, että potilaan omaa näkemystä ei mainittu, vaan arviointi vaikutti olevan pääasiassa hoitohenkilökunnasta lähtöisin.

Lehden ym. (2000, 1) mukaan tiedon hankinta on lähtökohtana hoidon suunnittelulle ja sen kirjaamiselle. Tiedon lähteitä, joita tämän opinnäytetyön haastatteluissa nousi esille, olivat subjektiivinen, objektiivinen sekä dokumentoitu tieto. Potilasta taikka hänen omaistaan tai läheistään pidettiin potilaan voimien asiantuntijana. Kuitenkin objektiivista sekä dokumentoitua tietoa käytettiin enemmän tiedon lähteinä. Varsinkin riittävä dokumentoidun tiedon saanti helpotti haastateltavien mukaan hoitotyötä. Tulosten mukaan voisi siis ajatella, että koska dokumentoitua tietoa tuotti hoitohenkilökunta, se koettiin lopulta luotettavammaksi.

Riittävän dokumentoidun tiedon saaminen koettiin helpottavan hoitotyötä, sen suunnittelua sekä arviointia. Tiedon saanti oli oleellista myös ongelmien ennaltaehkäisyssä. Lisäksi potilasasiakirjoihin kirjattua tietoa käytettiin eri asioiden tarkistamiseen. Kirjattu tieto oli oleellinen myös raportointitilanteissa, hoitajien mukaan he käyttivät kirjattua tietoa raportoinnin pohjana. Turula (2000, 112) esittääkin tutkimuksessaan ajatuksen, ollaanko valmiita vähentämään suullisen potilaskertomuksen merkitystä sitä mukaa, kun dokumentaatio paranee.

Hoidon suunnitteluun ja arviointiin varatun tilan puuttuminen koettiin asiana, joka vaikeutti kirjaamista. Hoidon suunnitelmaa kirjattiin muun tekstin joukkoon Vuodeosasto hoitosuunnitelma -lomakkeelle (liite 5) ja sen yläosaan taikka sivuun. Näissä alueissa ei kuitenkaan ollut paljoa tilaa kirjaamiselle. Sama ongelma koski hoidon arviointia. Koska arvioinnille ei ollut omaa tilaa, pelättiin, että se häviää muun kirjatun tiedon joukkoon. Velloksen (2004, 58) tutkimuksessa ilmeni, että erityisesti hoitotyön kirjaamisessa prosessikirjaamisen mahdollistavan lomakkeen puuttuminen oli askarruttanut monia käyttäjiä. Tämän suuntaista tarvetta nousi tämänkin opinnäytetyön tuloksissa.

Joissain tapauksissa ei hoitajien mukaan hoidon suunnittelua esiintynyt lainkaan. Myös hoitotyön arvioinnissa koettiin olevan jonkin verran puutteita. Varsinkin pitkään osastolla olevien potilaiden kohdalla konkreettinen hoitotyön suunnittelu koettiin vaikeana. Myös Ikosen (2007, 57) tutkimusten mukaan potilaan hoitotarpeen määrittely ja hoidon tarpeen kuvaaminen koettiin vaikeaksi. Opinnäytetyön tulosten perusteella voisi miettiä, muuttuisiko tilanne, jos käytössä olisi esimerkiksi rakenteinen kirjaamistapa, jolloin mahdollistettaisiin hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen. Esiintyisikö tällöin esimerkiksi hoidon suunnittelun kirjaamisessa ongelmia vai olisiko rakenteinen kirjaaminen apuna hoidon suunnittelua kirjaatessa. Kuusion (2008) tutkimuksen mukaan potilastietojärjestelmän rakenteisuus ei edesauttanut hoitotyön prosessinmukaista kirjaamista. Toisenlaisia tuloksia esiintyi Laineen (2008, 36) tutkimuksessa, jossa haastateltavat kokivat, että hoitotyön prosessi selkeytti kirjaamista.

Kirjaamisen vähäisyys koski pääasiassa muilta sairaalan osastoilta tai kotoa tulleita potilaita, mutta myös oman osaston kirjauksia hoitajat arvioivat joissain tapauksissa vähäisiksi. Hoitajan lähete koettiin olevan tiedoiltaan suppea ja ongelmana koettiin myös se, että muut sairaalan osastot eivät käyttäneet sähköistä kirjaamista yhtä kattavasti. Kotihoidon kirjaukset koettiin myös joissakin tapauksissa kovin vähäisiksi. Lenton (2006) ja Jauhiaisen (2004) mukaan suurimpia sähköisen potilaskertomuksen yhteiskäyttöisyyden haittoja onkin se, että kaikki eivät vielä käytä yhteistä järjestelmää. Toivottavaa olisi sähköisen potilaskertomusjärjestelmän käyttö kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa.

Tiedon hyödyntämisen ongelmina määriteltiin ajan riittämättömyys, hyödyntämisen vaikeus sekä se, että kirjattu tieto ei ollut ajantasaista. Ajan riittämättömyys tietojen hyödyntämiseen koettiin seikkana, josta syystä hoitotyö vaikeutui. Myös hyödyntämisen vaikeus ja haluttomuus tietojen

hyödyntämiseen nousi esiin. Valitettavasti tämän opinnäytetyön tekijä ei haastattelutilanteessa pyytänyt haastateltavaa selventämään, mitä näillä seikoilla tarkoitettiin, joten hyödyntämisen vaikeutta ja haluttomuutta hyödyntämiseen on vaikeaa syvemmältä pohtia.

Tutkimustulosten perusteella tämän perusterveydenhuollon vuodeosaston kirjaamisessa on vielä kehittämistä. Hoitotyön prosessinomainen kirjaaminen toteutui hyvin tulotilanteen ja hoidon toteutuksen kohdalla. Hoitotyön suunnitelman ja arvioinnin osalta kirjauksissa oli puutteita ja ne koettiin hankaliksi toteuttaa. Hoitotyön prosessinomaista kirjaamista oli tulosten mukaan vaikeaa suorittaa johtuen Effican lomakekannan puutteellisuudesta. Hoitajat kaipasivat omaa tilaa hoitotyön eri prosessien kirjaamiseen, nyt käytössä pääasiassa oli vain Vuodeosasto hoitosuunnitelma -lomake (liite 5), jonne kirjattiin päivittäin. Lisäksi käytössä oli Elämisen toiminnot -lomake (liite 10), jonne kirjattiin potilaan tiedot silloin, kun hän saapui osastolle ja tietoja tarkistettiin tarpeen mukaan. Käytössä oli myös Dia-, Neste-, ja Mittaustulokset- (liite 11) lomakkeet, näihin kirjattiin pääasiassa numeerisesti saatuja mittaustuloksia.

Kiire työssä, joka nousi haastatteluissa esille, vaikeutti sähköisiin potilasasiakirjoihin perehtymistä. Kiire vaikutti myös kirjaamiseen laatuun. Voidaankin miettiä, jääkö kirjaamiseen liian vähän aikaa? Entä pitäisikö enemmän tuoda esille se, että kirjaaminen on yksi tärkeä osa hoitotyötä?

Mielenkiintoista olisi rakenteiseen kirjaamiseen siirtymisen jälkeen selvittää, minkälaisena tämän osaston hoitajat kokevat sähköisen, rakenteisen kirjaamisen toimintatavan ja näkyykö rakenteisessa kirjaamisessa hoitotyön prosessiajattelu paremmin.

eNNI-hankkeen edetessä esille nousi koulutustarve liittyen hoitotyön prosessin mukaiseen kirjaamiseen. Koulutusta voisi toteuttaa vielä lähitulevaisuudessa, sillä hoitotyön prosessinmukaisen kirjaamisen harjoittelu helpottaisi rakenteiseen kirjaamiseen siirtymistä. Se, että sairaalan muut osastot eivät suorittaneet vielä sähköistä kirjaamista yhtä kattavasti, kuin tutkimukseen osallistunut osasto, kertoo siitä, että lähitulevaisuudessa tullaan tarvitsemaan koulutusta sähköisestä ja rakenteisesta kirjaamisesta laajemminkin.

LÄHTEET

Aalto, P. 1999. Hoitotyön dokumentointia ohjaavat säädökset. Teoksessa Munnukka, T., Halme, S., Kiikkala, I., Koponen, P. & Voutilainen, P. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 1999. Dokumentointi hoitotyössä. Tampere: Tammer-paino Oy. 34–44.

Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. 1999. Asiantuntijuus hoitotyössä. Hoitotyö, päättelykyky ja etiikka. Alkuperäisteos: Expertise in Nursing Practice Caring, Clinical Judgment, and ethics. Juva 1999: WSOY-Kirjapainoyksikkö

Ehnfors, M. & Smedby, B. 1993. Nursing Care as Documented in Patient Records. Department of Social Medicine, Uppsala University, Uppsala, and Department of Nursing, Örebro College for the Health Professions, Örebro, Sweden. Scand J Caring Sci 7/1993. 209-220.

Ensio, A. 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Ensio, A. 2007. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2008. Helsinki: WSOY. 56–64.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.

FINLEX 1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 7.4.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785FINLEX>

FINLEX 1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. Viitattu 7.4.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

FINLEX 1994/831. Arkistolaki. Viitattu 7.4.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940831>

FINLEX 1999/523. Henkilötietolaki. Viitattu 7.4.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

FINLEX 2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 7.4.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

FINLEX 2001/99. Laki potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. Viitattu 7.4.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099>

FINLEX 2007/159. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Viitattu 9.1.2009

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Hallila, L. 2007. Sähköisen kirjaamisen haasteet terveydenhuoltoalan täydennyskoulutuksessa. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 205–215.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Johdanto. Teoksessa hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 5–9.

Ihalainen, J. 1999. Tietotekniikka hoitotyön kirjaamisen apuna. Teoksessa Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Korkiakoski, L. 1998. Hoitotyön käsikirja. Tampere: Tammer-Paino Oy. 7. tarkistettu painos. 89–98.

Ihalainen, J. 2000. VIPS- malli hoitotyön kirjaamisen rakenteena. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Korkiakoski, L. 1998. Hoitotyön käsikirja. Tampere: Tammer-Paino oy.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Ikonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto, terveystieteiden ja -talouden laitos.

Ikonen, H. 2008. Laurea ammattikorkeakoulun koordinoima valtakunnallinen hanke lakisääteisen sähköisen potilastietojen kirjaamisen opetuksen kehittämiseksi 2008–2009. eNNI-hankkeen toteutussuunnitelma 16.5.2008–16.5.2009.

Ikonen, H., Rajalahti, E. & Ahonen, O. 2009. Potilasturvallisuus - osaamisen kehittäminen eNNI-hankkeessa. Ammattikorkeakoulujen verkkojulkaisu Osaaja.net. No 1. (2009)

Viitattu 19.4.2010.

<http://ojs.seamk.fi/index.php/osaaja/article/view/446/477>

Isotalo, T. 2010. Kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta Helsingin kaupungissa. Opitaan ja osataan hoitotyön rakenteista kirjaamista-luentomateriaali. Hämeenlinna 28.4.2010.

Jauhianen, A. 2004. Tieto- ja viestintätekniikka tulevaisuuden hoitotyössä. Asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja kvalifikaatioista vuonna 2010. Väitöskirja. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Junttila, J. 2002. Hoitotyön diagnoosin dokumentointi-Hoitotyön diagnoosien kuvaaminen perioperatiivisessa kirjaamisessa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Kaakinen, P., Mäkilä, M., Jarmas, R. & Väättäinen, E. 2008. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen pilotoinnit. Eskon pilotointi. Sairaanhoidaja 8/2008.

Kavèn, A. 2005. Sähköinen potilaskertomus - hoitohenkilökunnan toiveiden ja kokemusten vertailua. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto, terveystieteiden ja talouden laitos.

Koota, E. 1998. Vertaisarviointi kirjallisten hoitotyön suunnitelmien arviointimenetelmänä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kuusio, K. 2008. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen ja päätöksenteko. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 89–96.

Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laitinen, H. 1999. Näkökulma potilaslähtöiseen kirjaamiseen. Teoksessa Munukka, T., Halme, S., Kiikkala, I., Koponen, P. & Voutilainen, P. (toim.) Dokumentointi hoitotyössä. Hoitotyön vuosikirja 1999. Tampere: Tammer-paino Oy. 148–156.

Lauri, S., Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Juva: WSOY-Kirjapainoyksikkö.

Laine, E-K. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajakoulu.

Lehti, T., Lauri, S. & Salovaara, H. 2000. Hoitotyön kirjaamisen seuranta-tutkimus Turun Yliopistollisessa Keskussairaalassa. Hoitotyön julkaisusarja A:31 2000.

Lehikoinen, S., Laitinen, I., Halme, A., Mononen, S., Raudaskoski, M., Sallinen, R., Piitulainen, M., Karjalainen, J. & Sainola-Rodriguez, K. 1999. Hoitotyö näkyväksi kirjaamisen avulla: Hoitotyön prosessin kirjaamisen laadun ja sen eettisyyden ja ammatillisuuden arviointia kirjallisissa hoitotyön suunnitelmissa Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimintayksikössä. Pohjois-Karjalan Sairaanhoitopiirin julkaisuja N:o 23:2000. Julkaisuaika 30.12.1999.

Leino, K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Lento, P. 2006. Elektroninen potilaskertomus osana hoitajan arkea. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kliininen hoitotiede ja terveydenhuollon hallinto ja johtaminen.

Lundgrèn-Laine, H. & Salanterä, S. 2007. Hoitotyön päätöksentekomuuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 25–34.

Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko- näkyvää vai ei? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 35–40.

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.

Partanen, A. & Kvist, T. 2007. Informaatiotekniikka akuuttihoitotyössä. Sairaanhoitajien näkemyksiä. Sairaanhoitaja 6–7/2007. 18–21.

Saranto, K. 2007. Tiedon merkitys hoitoprosessissa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 18–32.

Saranto, K. & Sonninen, A-L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 12-16.

Sonninen, A-L. & Ikonen, H. 2007. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 75–79.

Sosiaali- ja terveystieteen lupa- ja valvontavirasto 2010. Terveystieteen lupa- ja valvontavirasto 2010. Viitattu 24.3.2010.

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat

Tanttu, K. & Ikonen, H. 2007. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 112–127.

Tanttu, K. 2006. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005–2007. Tiedote 311006. 1–5. Viitattu 18.2.2009.
<http://www.google.fi/search?hl=fi&q=valtakunnallinen+hoitoty%C3%B6n+s%C3%A4hk%C3%B6isen+dokumentoinnin+kehitt%C3%A4mishanke&meta=&aq=0&oq=valtakunnallinen+hoitoty%C3%B6n+>

Tanttu, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 113–122.

Toivola, R. 2009. Tieto ja tiedon merkitykset hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos.

Turula, A. 2000. ”Mitä ei ole dokumentoitu, ei ole myöskään tehty” Tietokoneavusteiseen ja manuaaliseen hoitosuunnitelmaan perustuvan, kirjallisen ja suullisen tiedonvälityksen vertailututkimus Oulu-hoitoisuusluokitusta apuna käyttäen. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen.
Viitattu 12.4.2010. <http://www.tenk.fi/HTK/index.htm>

Vellonen, T. 2004. Sähköisen potilaskertomuksen käyttöönotto ja käytettävyys erikoissairaanhoidon organisaatiossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden laitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Wiskman, K., Koivukoski, S., Knuutila, M. & Isotalo, T. Sähköinen kirjaaminen tulee-mikä muuttuu hoitotyössä? Sairaanhoitaja 6 □ 7/2007. 12–14.

Yura, H. & Walsh, M.B. 1988. Hoitotyön kehittäminen. Juva: WSOY:n graafiset laitokset. 2.painos.

OHJEISTUS HOITOTYÖN PROSESSIN MUKAISESTA KIRJAAMISESTA

HOIDON TARVE: (Ongelma)

- Olemassa olevat hoitotyön ongelmat, jotka havaittavia ja mitattavia.
- Uhkaavat hoitotyön ongelmat
- Ongelma/ongelmat, johon tulee hoitotyössä puuttua.
 - o Esim. Yleistila: yleistilan lasku
Ihon kunto: iho painuu -> uhkaava ihorikko kantapäässä

HOIDON TAVOITE:

- Mikä on tavoite/päämäärä, johon pyritään.
 - o Esim. Yleistila: kuntoutuminen toimintakykyiseksi ja yleistilan paraneminen
Ihon kunto: kantapään iho eheys

HOIDON SUUNNITTELU:

- Millä toimenpiteillä pyritään pääsemään tavoitteeseen.
- Suunnitellaan hoito, jolla päästään tavoitteeseen.
 - o Esim. Yleistila: kävelytykset päivittäin matkaa pidentäen, omatoimisuuden tukeminen, riittävästä nesteestä ja ravinnon saannista huolehtiminen. Tarvittaessa lisäravinteiden saanti.
Ihon kunto: ihon rasvaus sekä asentohoito. Lisäksi tarvittaessa kuitutossu.

HOIDON TOTEUTUS:

- Toteutetaan suunnitelman mukaan hoitoa. Kirjataan se, mitä on tehty potilaalle tai mitä potilas itse on kyennyt tekemään.
 - o Esim. Yleistila: Kävelytetään, kannustetaan tekemään itse, saa monipuolista ravintoa ja tarvittaessa lisäravinteita. Nestelistä käytössä.
Ihon kunto: Kantapään rasvaus aamuin illoin, kehoitetaan vaihtamaan asentoa riittävän usein.

HOIDON ARVIOINTI:

- Arvioidaan hoidon onnistumista.
 - o Esim. haavan paranemista, ulkonäköä yms. tai liikkumista.

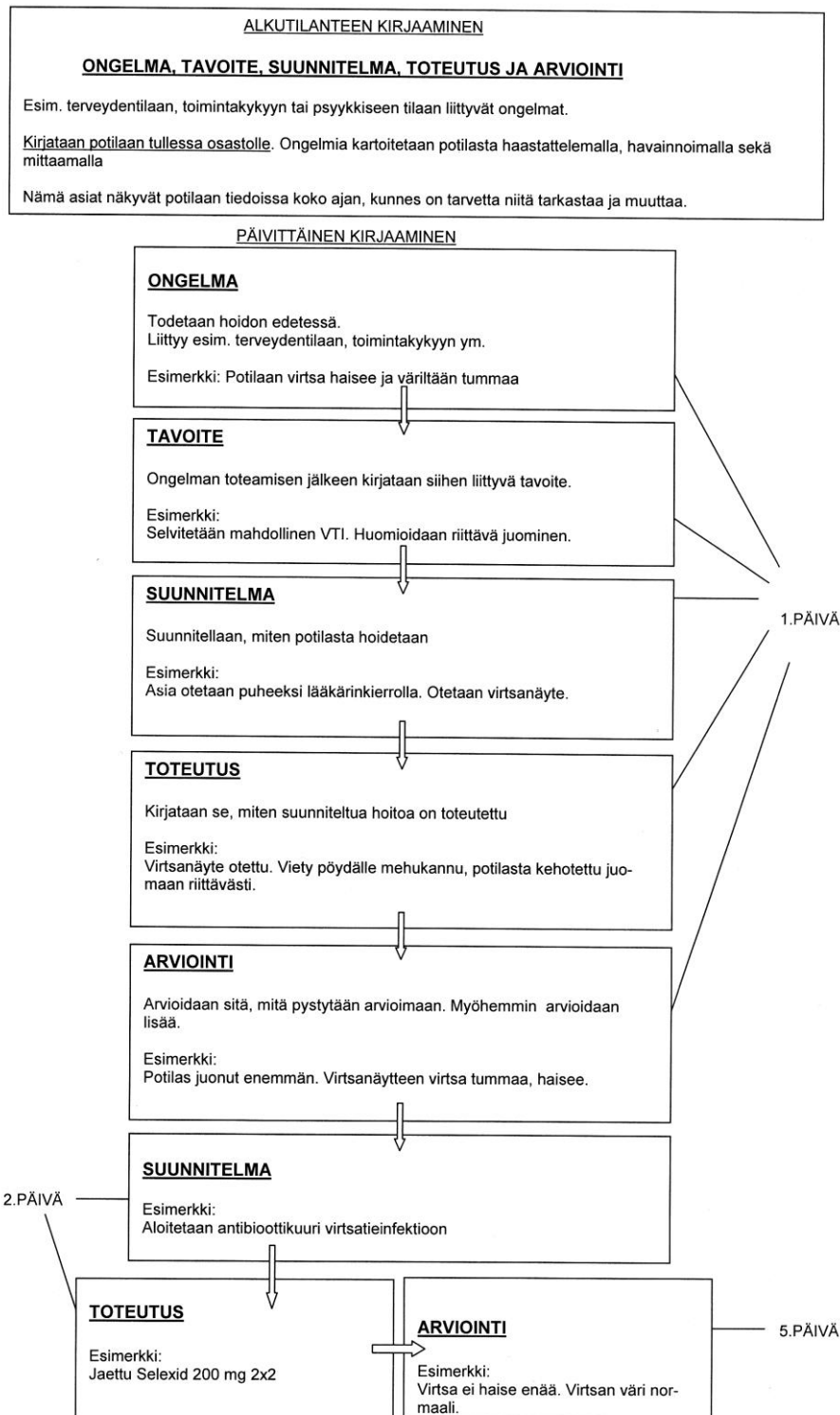
MALLI HOITOTYÖN SUUNNITELMASTA

Lähtötilanne	Hoitotyön suunnittelu	Hoitotyön toteutus
Neliraaajahalvaus.	Tarpeen määrittäminen: Tarvitsee apua kaikissa jokapäiväisissä toimissa. Omatoimisuuden lisääminen. Iho painuu herkästi. Ei kykene vaihtamaan asentoa.	Saa hyvää perushoitoa. Asentohoidot. Istumaan nousut. Fysioterapian jumpat.
Trauman jälkeinen epilepsia.	Epilepsia.	Epilepsialääkitys.
Useita pneumonioita. Pleuranesteily.	Hengenahdistus. Neste keraantyy pleuratilaan.	Saa Atrovent 0.25mg/ml x 4/vrk. Saa kuuriluontoisena Mucomyst 200 mg poretablettia. Nesteen poisto Denverin katetrin kautta joka toinen päivä. Denverin katetri asennettu 29.6.09.
Cystofix.	Tavoitteet: Perustarpeiden tyydyttäminen ja hyvä perushoito. Ihon eheys. Lihasvoiminnan parantaminen ja ylläpito. Omatoimisuus. Epilepsia kohtausten ehkäisy. Hengenahdistuksen poistuminen. Pleuranesteen poistuminen. Suunnitellut toiminnot: Ympäri vuorokautinen hyvä perushoito sekä avun saaminen jokapäiväisissä toimissa. Kuitutossujen käyttö, antidecubituspatja, moottorisoitu ilmatyyny tuolissa. Säännölliset asentohoidot. Fysioterapiaa x 2/pv:ssä. 2 x/pv:ssä nosturilla istumaan. Tuetaan omatoimisuutta.	Cystofix laitettu, koska virtsaa ei tullut alakautta. Ballon- gin tarkastus 2 vikon välein ja cystofixin vaihto 3 kk välein. Tuetaan omia voimavaroja sekä toimintakykyä.
		Pvm:

ESIMERKKI KIRJAAMISKÄYTÄNNÖSTÄ HOITOTYÖN PROSESSIN MUKAISESTI

Vuodeosasto		Hoitosuunnitelma	
Nimi			
Pvm 1.9.09 12:29 5FO21	Hoito-ohjeet ja määräykset	<p>Hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta ja arviointi</p> <p>1.9.09 12:29 5FO21 ph Hakala Pirjo</p> <p><u>Ongelma</u> Hengenahdistuksen lisääntyminen. Ei halua syödä itse eikä koe siitä olevan apua kuntoutuk- sen kannalta.</p> <p><u>Tavoite</u> Hengenahdistuksen väheneminen ja hengityksen helpotta- minen. Osatavoitteena, että söisi edes osittain itse.</p> <p><u>Suunnitelma</u> Pleuranesteen tyhjennys tänään. Tarvittaessa annetaan At- rodual tai Atrovent. Omahoitaja keskustelee potilaan kanssa motivoitumisesta omaan kuntoutumiseensa. Tarvittaessa järjestetään a- puvälineita potilaan ruokailua helpottamaan.</p> <p><u>Toteutus</u> Imetään seinäimellä Denverin katetrin kautta neste pois keuhkoista. Tulos oli 110 ml. Väriltään neste oli kel- lertävää. Potilaan itse kertoman mukaan olo helpottui heti. Potilas söi itsenäisesti eturuoan sekä joi maidon. Lopun ruoan söi hoitajan auttamana. Keskustelu omahoitajan kanssa tänään.</p> <p><u>Arviointi</u> Potilaan olo helpottui heti imun jälkeen ja itsekin kertoi o- levan helpompi olla. Järjestetty potilaalle aterimet sekä syvä lautanen. Potilas jaksoi syödä vain osan ruokaa, koska kädet vielä väsyivät nopeasti. Keskustelun tuloksena potilaan oma motivaatio lisääntyi it- sensä kuntouttamiseen.</p>	Huomioitavaa

KAAVIO ALKUTILANTEEN JA PÄIVITTÄISEN KIRJAAMISEN KIRJAAMISEN ETENEMISESTÄ



ILMOITTAUTUMINEN TEEMAHAASTATTELUUN

Hyvät työyhteisön jäsenet

Tarkoituksenani on haastatella neljää sairaanhoitajaa ja neljää perushoitajan nimikkeellä toimivaa työyhteisönne jäsentä helmi-maaliskuun aikana.

Haastattelun aiheena on kirjaaminen potilasasiakirjoihin.

Osastokokouksessa 10.2.2009 päätitte, että osastonne kahvihuoneen seinällä olevaan listaan voivat haastatteluun halukkaat laittaa nimensä. Toivon, että halukkaiden nimet ovat listalla 17.2.2009 mennessä.

Halutessanne lisätietoja minuun voi ottaa yhteyttä sähköpostitse tai puhelimitse.

Kiitos ymmärryksestänne ja aktiivisuudestanne!

Pirjo Hakala

Sairaanhoitajaopiskelija

Hämeen Ammattikorkeakoulu

p. xxx xxx xxxx

sähköpostiosoite

Olen halukas haastatteluun

Sairanhoitaja

Perushoitajan nimikkeellä toimiva henkilö

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

KERRO TULOTILANTEEN KIRJAAMISESTA

Mitä tietoja kirjaat, kun potilas saapuu osastolle?
Mitä tulotilanteeseen liittyviä tietoja selvität?
Mistä lähteistä tulotilanteessa kirjaamasi tieto on peräisin?
Minne ja kuinka moneen paikkaan kirjaat osastolle tulleen potilaan tietoja?
Miten edellä mainittuja tietoja hyödynnetään?

KERRO HOIDON SUUNNITTELUN KIRJAAMISESTA

Minkälaisia tietoja kirjaat liittyen potilaan hoidon suunnitteluun?
Mitä asioita hoidon suunnittelu sisältää?
Mistä saat tietoa hoidon suunnitteluun?
Minne kirjaat hoidon suunnittelua?
Miten potilaan hoidon suunnitteluun liittyvää kirjattua tietoa hyödynnetään?

KERRO HOIDON TOTEUTUKSEN KIRJAAMISESTA

Mitä tietoja kirjaat liittyen potilaan hoidon toteutukseen?
Mistä lähteistä saat tietoa liittyen hoidon toteutukseen?
Moneenko paikkaan ja minne kirjaat hoidon toteutusta?
Miten näitä tietoja hyödynnetään?

KERRO HOIDON ARVIOINNIN KIRJAAMISESTA

Minkälaista tietoa kirjaat liittyen hoidon arviointiin?
Mitä tietoa tarvitset ennen kuin kirjaat hoidon arviointia?
Mistä lähteistä hoidon arviointiin liittyvä kirjattu tieto on peräisin?
Minne kirjaat hoidon arviointia?
Miten kirjattua hoidon arviointia hyödynnetään?

TIEDOTE HAASTATELTAVALLE HENKILÖLLE

ARVOISA HAASTATELTAVA

Opiskelen Hämeen Ammattikorkeakoulussa Forssan yksikössä hoitotyön koulutusohjelmassa. Opiskeluuni liittyy opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyössäni tarkoituksenani on kuvailla, minkälainen käsitys osastonne hoitohenkilökunnalla on nykyisestä kirjaamisen toimintatavasta. Tavoitteena on, että kuvaus on tukemassa rakenteisen kirjaamistavan juurruttamista työyhteisöönne. Lisäksi opinnäytetyössäni raportoin sitä, Miten eNNI- hankkeen rakenteisen kirjaamisen mallin juurruttaminen osastollanne etenee. Raportoinnillani eNNI- hankkeen etenemistä tuon näkyväksi sen, miten uuden tiedon juurruttaminen tapahtuu.

Haastattelu tapahtuu teemahaastattelumenetelmällä. Esitän kaikille haastateltaville samat kysymykset. Tarkoituksenani on haastatella neljää sairaanhoitajaa ja neljää perushoitajan nimikkeellä työskentelevää lähi- tai perushoitajaa. Osastollanne on ollut lista, johon haastatteluun halukkaat ovat laittaneet nimensä. Jos halukkaita on ollut enemmän, kuin tarvittavat 8, olen valinnut haastateltavat ilmoittautumisjärjestyksessä.

Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja haastattelun saa halutessaan keskeyttää. Haastattelu tullaan nauhoittamaan. Haastattelun jälkeen kirjoitan sen sanasta sanaan puhtaaksi tietokoneelleni, jonka jälkeen käsittelen aineistoa. Haastattelu ja sen käsittely on täysin luottamuksellista eikä haastateltavien henkilöllisyys tule julki. Organisaation edustajat eivät näe alkuperäistä aineistoa missään vaiheessa, vaan vasta valmiin raportin. Saadut tulokset raportoidaan opinnäytetyössä. Haastattelun materiaali hävitetään sen käsittelyn jälkeen polttamalla tai silppurissa ja nauhoitetut nauhat tyhjenetään.

Haastattelu kestää 30–60 min. haastattelupaikkana on sairaalamme tila, ei kuitenkaan työskentelyosastonne.

Jos teillä on jotain kysymyksiä mielessänne opinnäytetyöhöni tai haastatteluun liittyen, vastaan mielelläni kysymyksiin.

Haastattelusta etukäteen kiittäen
Sairaanhoitaja (AMK) opiskelija
Pirjo Hakala
p. xxx xxx xxxx
sähköpostiosoite

HAASTATELTAVAN SUOSTUMUS

Annan suostumukseni haastatteluun ja siitä taltioidun materiaalin käyttämiseen opinnäytetyössä ja muussa raportoinnissa. Haastattelu nauhoitetaan ja se puretaan kirjalliseen muotoon. Saatua aineistoa tullaan käyttämään Pirjo Hakalan hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyössä, jonka tarkoituksena on kuvata hoitajien käsitystä nylyisestä kirjaamisen toimintatavasta osastolla.

Olen saanut tiedotteessa kirjallista tietoa opinnäytetyöstä ja minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä opinnäytetyön tekijälle.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja voin halutessani keskeyttää haastatteluun osallistumiseni. Tiedän, että haastattelutilanteessa esiintyviä tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

Paikkakunta ja päiväys

Osallistujan allekirjoitus

Nimenselvennys



ELÄMISEN TOIMINNOT- LOMAKE

ELÄMISEN TOIMINNOT		1:1
1. Turvallinen ympäristö <input type="checkbox"/> Osasto esitellyt <input type="checkbox"/> Omahoitajajärjestelmästä kerrottu Käyttövarojen säilytys <input type="text"/>		Päivämäärä 24.9.2009 Itsenäisen suoriutumisen huomiointi
2. Viestiminen Näkö <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Silmälasit Kuulo <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Kuulolaite Puhe <input type="text"/> Orientoituminen itseensä <input type="text"/> Orientoituminen ympäristöönsä <input type="text"/>		Muuta Muuta Muuta Muuta
3. Hengittäminen <input type="checkbox"/> Influenssarokotus, milloin <input type="checkbox"/> Tupakointi, määrä <input type="checkbox"/> Toistuvia hengitystietulehduksia Hengenahdistus <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Hengittämisen apuvälineet Muuta huomioitavaa
4. Syöminen ja juominen Syöminen <input type="text"/> Ruokahalu <input type="text"/> Ruokavalio <input type="text"/> Hampaat <input type="text"/> Annoskoko <input type="text"/> Erityisruokavalio <input type="text"/> <input type="text"/>		Syömiseen apuvälineet Muuta Suuhun liittyviä ongelmia
5. Erittäminen Vatsan toiminta <input type="text"/> Virtsaaminen <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Toistuvia virtsatieinfektioita WC:ssä käynti <input type="text"/> Vaipan käyttö <input type="text"/>		WC-apuvälineet Muuta
6. Puhtaus ja vaatetus Peseytyminen <input type="text"/> Pukeutuminen <input type="text"/> Ihon kunto <input type="text"/> Peseytymistavoite <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Omien vaatteiden käyttö <input type="checkbox"/> Jalkahoidontarve		Muuta
Muu avun tarve <input type="checkbox"/> Hammashygieenia <input type="checkbox"/> Kynsien leikkaaminen <input type="checkbox"/> Parranajo <input type="checkbox"/> Hiustenhoito		

ELÄMISEN TOIMINNOT- LOMAKE

ELÄMISEN TOIMINNOT		1:2
		Päivämäärä 24.9.2009
7. Liikkuminen		
Liikkuminen	<input type="text"/>	Apuväline <input type="text"/>
Ulkoiilu	<input type="text"/>	Ongelmia liikkumisessa <input type="checkbox"/> Kipu <input type="checkbox"/> Huimausta <input type="checkbox"/> Kaatuilua <input type="checkbox"/> Muu, mikä <input type="text"/>
Huom. Vuodepotilaalle päivämäärä milloin joutui vuoteeseen <input type="text"/>		Muuta <input type="text"/>
8. Harrastukset		
<input type="checkbox"/> Radion kuuntelu <input type="checkbox"/> TV:n katselu <input type="checkbox"/> Lehden/kirjojen lukeminen <input type="checkbox"/> Askartelu <input type="checkbox"/> Voimistelu <input type="checkbox"/> Talon tapahtumat <input type="checkbox"/> Talon ulkopuoliset tapahtumat		Muuta <input type="text"/>
9. Nukkuminen		
Unen tarve	<input type="text"/>	Muuta <input type="text"/>
Unirytmi	<input type="text"/>	
Unen saanti	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Päivälevon tarve <input type="checkbox"/> Unilääkkeen käyttö		
10. Psykososiaalisuus		
<input type="checkbox"/> Seurallinen <input type="checkbox"/> Tuntee itsensä <input type="checkbox"/> Yksin viihtyvä <input type="checkbox"/> Yksinäiseksi <input type="checkbox"/> Masentuneeksi		Muuta <input type="text"/>
11. Hengelliset tarpeet		
Haluaa osallistua <input type="checkbox"/> Hartauksiin <input type="checkbox"/> Ehtoolliseen <input type="checkbox"/> Keskustella sairaalapastorin kanssa		Muuta <input type="text"/>
12. Kuoleminen		
Suhtautuminen kuolemaan, saattohoitoiveet <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Hoitotahto		
Tiedonkulku läheisille <input type="text"/>		
13. Muuta		
<input type="text"/>		
14. Tiedot saatu		
<input type="checkbox"/> Asiakkaalta <input type="checkbox"/> Omaiselta <input type="checkbox"/> Saattajalta <input type="checkbox"/> Avohoidosta		
Nimi ja yhteysrooli	<input type="text"/>	
Haastattelija	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Tiedot tarkastettu <input type="text"/>

MITTAUSTULOKSET-LOMAKE

[illegible]